

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turmanº8**



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria na atenção de pessoas com hipertensão e/ou diabetes na USF
São José, Altos/PI**

Vanessa Rivero Kindelan

Pelotas, 2015

Vanessa Rivero Kindelan

**Melhoria na atenção de pessoas com hipertensão e/ou diabétes na ESF
São José, Altos/PI**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família EaD da Universidade Federal de Pelotas em parceria com a Universidade Aberta do SUS, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientador: Caroline Kroning Feijó

Pelotas, 2015

K51m Kindelán, Vanessa Rivero

Melhoria na Atenção de Pessoas com Hipertensão e/ou Diabétes na ESF São José, Altos/PI / Vanessa Rivero Kindelán; Caroline Kroning Feijó, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

102 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2015.

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Doença Crônica 4.Diabetes Mellitus 5.Hipertensão I. Feijó, Caroline Kroning, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

A minha família, especialmente a minha mãe.

Agradecimentos

A Deus por me proporcionar grandes oportunidades em minha vida e propor sempre um novo mundo de possibilidades. A minha família e ao meu namorado pelo incentivo ao trabalho e aos estudos.

A minha orientadora Caroline Kröning Feijó pelo auxílio, compreensão e dedicação. Aos meus colegas pela cumplicidade. A equipe do PSF São José, pela recepção calorosa, seu apoio e ótimos momentos de trabalho compartilhados.

E a todos que, de alguma maneira, contribuíram para realização deste trabalho.

Resumo

KINDELAN, Vanessa Rivero. **Melhoria na atenção a pessoa com hipertensão e/ou diabetes USF São José, Altos/PI.** 2015. 93. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

As doenças crônicas não transmissíveis são atualmente a principal causa de mortalidade no mundo. Evidências demonstram que o bom manejo deste problema ainda na Atenção Básica evita hospitalizações e mortes por complicações cardiovasculares e cerebrovasculares. Com nosso trabalho pretendemos realizar uma melhoria da atenção de pessoas com hipertensão e diabetes na ESF São José localizada no município de Altos/PI. A população alvo foi de 390 hipertensos e 144 diabéticos. Para o desenvolvimento da intervenção traçamos um conjunto de ações tais como: monitoramento do número de hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde, garantimos o registro dos hipertensos e diabéticos, melhoramos o acolhimento, as orientações para comunidade e usuários, capacitamos os ACS para o cadastramento e para realização de busca ativa, garantimos com o gestor municipal agilidade para exames complementares, organizamos a agenda de saúde bucal e o atendimento clínico, assim como busca ativa dos faltosos. Alcançamos uma cobertura de 85,1%(332) de hipertensos e 92,4% (133) de diabéticos. Ao final da intervenção melhoramos a qualidade da atenção a hipertensos e diabéticos foi realizado o exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos e diabéticos, garantizamos ao 100% dos hipertensos e diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo, priorizamos a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde e foi realizada avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos e diabéticos. Melhorou a adesão de hipertensos e diabéticos ao programa com a busca ativa do 100% dos hipertensos e diabéticos faltosos. O registro das informações foi melhorado, mapeamos risco para doença cardiovascular, assim como a promoção da saúde. Com a intervenção promovemos o trabalho integrado da equipe ficando mais organizado, realizamos mudanças nos estilos de vida, estimulando mudanças de hábitos. Melhorou o vínculo do profissional com os usuários, a partir de um acolhimento qualificado, o que influenciou na busca de atendimentos. Isto acabou tendo impacto também em outras atividades melhorando a qualidade da atenção também em outros programas de atenção.

Palavras-chave: atenção primária à saúde; saúde da família; doença crônica; hipertensão arterial; diabetes mellitus;

Lista de Figuras

Figura 1	Gráfico 1. Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.	67
Figura 2	Gráfico 2. Cobertura do programa de atenção aos diabéticos na unidade de saúde.	69
Figura 3	Gráfico 5 Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.	70
Figura 4	Gráfico 6 Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.	70
Figura 5	Fotografia 1 Documento do comitê de ética	96

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

UNASU	Programa Mais Médicos e Educação à Distância.
Ufpel	
ACS	Agente comunitário da Saúde
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Equipe Saúde da Família
FNS	Fundação Nacional de Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à saúde da família
CEO	Centro de Especialidade Odontológica
DM	Diabetes Mellitus
HAS	Hipertensão arterial sistêmica
HPV	Papiloma vírus humano
INC	Instituto Nacional de Câncer
OMS	Organização Mundial de Saúde

Sumário

Apresentação	8
1 Análise Situacional	10
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	10
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	11
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional	24
2 Análise Estratégica	26
2.1 Justificativa.....	26
2.2 Objetivos e metas.....	27
2.2.1 Objetivo geral.....	27
2.2.2 Objetivos específicos e metas	27
2.3 Metodologia.....	30
2.3.1 Detalhamento das ações	30
2.3.2 Indicadores	46
2.3.3 Logística.....	53
2.3.4 Cronograma.....	56
3 Relatório da Intervenção.....	57
3.1 Ações previstas e desenvolvidas	57
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas	63
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	63
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços.....	64
4 Avaliação da intervenção.....	65
4.1 Resultados	65
4.2 Discussão.....	79
5 Relatório da intervenção para gestores	83
6 Relatório da Intervenção para a comunidade	87
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	90
Referências	92
Anexos	94

Apresentação

Trabalho de Conclusão de Curso de pós-graduação em Saúde da Família – modalidade de ensino à distância promovido pela Universidade Federal de Pelotas em parceria com a Universidade Aberta do SUS.

A Intervenção foi realizada na Equipe Saúde da Família (ESF) São José, localizada na zona urbana, central, do município altos, estado Piauí, tem como objetivo melhorar a Atenção à Saúde de pessoas com hipertensão e/ou diabetes na população de 20 anos o mais, na ESF São Jose, Altos, teve duração de 12 semanas e ocorreu no período de abril e agosto 2015.

O volume está organizado nas seguintes unidades de trabalho: análise situacional, análise estratégica, relatório da intervenção, avaliação da intervenção, relatório da intervenção para os gestores, relatório da intervenção para a comunidade, reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem, as referências bibliográficas e os anexos.

A análise situacional descreve o município de Altos, em relação a sua localização, caracterização socioeconômica, número de habitantes da área adstrita, perfil demográfico e descrição do sistema de saúde do município.

Na análise estratégica desenhamos a justificativa e como pretendemos melhorar a atenção à saúde desta população alvo, principais limitações e os aspectos que viabilizam o desenvolvimento da intervenção. Foram definidos os objetivos, metas, indicadores, ações e logística para desenvolver a intervenção.

No relatório da intervenção fazemos uma análise das ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas e as que foram desenvolvidas, dificuldades na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção, análise da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço e os aspectos que serão melhorados para garantir a viabilidade da continuidade da ação programática,

mesmo com a finalização do curso. Na avaliação da intervenção são apresentados os resultados obtidos e a discussão baseada nos resultados.

No relatório da intervenção para os gestores e comunidade fazemos a avaliação da implementação da intervenção. Ao final, fizemos uma reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem e por último apresentamos nos anexos os instrumentos utilizados para desenvolver a intervenção e as referências bibliográficas.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

Minha unidade básica de saúde (ESF) encontrasse no município Altos no Bairro São Jose, zona urbana, tem uma população de mais 3500 pessoas, a ESF está localizada em um lugar adaptado sem espaço suficiente, com iluminação e ventilação escassa, não tem sala de vacina, nem emergência, os usuários são encaminhados para um hospital público e os banheiros são insuficientes. A equipe é composta pela médica, enfermeira, técnica de enfermagem, auxiliar de enfermagem, cirurgião dentista, técnica de saúde bucal e também oito agentes de saúde. Temos um hospital que se encontra em reparação.

Temos detectado uma alta incidência de hipertensão, asma brônquica, diabetes mellitus, não controladas e sem tratamento, temos trabalhado no diagnóstico destas doenças assim como determinar seus riscos, para assim mudar estilos de vida e a condutas de saúde. A identificação e diagnóstico precoce são fundamentais para o tratamento e acompanhamento destes usuários. Para evitar complicações e reduzir a mortalidade por essas doenças e dar uma melhor qualidade de vida nessas pessoas.

A taxa de suicídio e doenças mentais é muito alta, existe um grande uso dos medicamentos psicofarmacos, por isso trabalhamos na identificação de usuários com estas doenças, os ACS têm papel essencial neste processo, os meios de trabalho são insuficientes, precisamos de insumos, não temos sistema informatizado o que dificulta o bom desenvolvimento para realizar as conferências e tele saúde. O serviço odontológico tem atenção parcial e atende duas vezes na semana no horário da manhã, este é um problema porque não dá para satisfazer toda a demanda da população.

Nossa área também tem muitos usuários idosos, estamos fazendo um grupo de hipertensos e diabéticos afim de melhorar a educação de saúde e também realizar mudanças no estilo de vida. Realizamos visitas aos usuários acamados e deficientes físicos que não podem ter acesso aos consultórios.

Nossa expectativa é de realizar mudança nos hábitos e promover uma melhora na saúde das pessoas e prevenção de saúde. Obteve-se uma boa aceitação da população, estou determinado a fazer todo o trabalho e ajudar as pessoas para melhorar a qualidade de vida. Outro problema muito importante é a realização dos exames complementares já que só contamos com o hospital que muitas vezes só realiza os exames de urgência, o que dificulta muito nosso trabalho.

1.2 Relatório da Análise Situacional

Nosso trabalho será realizado no município de Altos é um município brasileiro no estado do Piauí, Faz parte da Grande Teresina. Fundado em 1922, tem uma população de 39 975 habitantes numa área total de 957,62 km². O município é limitado a norte por José de Freitas, a nordeste por Campo Maior, a leste por Coivaras, a sudeste pelo Alto Longá, a sul por Pau D'Arco do Piauí e a oeste por Teresina. Tem 27 Barrios (Centro, Tranqueira, Batalhão, Maravilha, Carrasco, São Luís, Boca de Barro, Alto Franco, Conjunto Ludgero Raulino, Conjunto Tonica Almeida, Bacurizeiro I, Bacurizeiro II, Barroquinha, Santa Inês, Santa luz, Mutirão I, Mutirão II, Ciana, Baixão dos Paivas, Baixão de São José, Leite, Boa fé, Betânia, Santo Antonio, DNER, Itê, Barcelona). Atualmente tem como prefeita a senhora Patrícia Leal desde 2013 ate 2016.

O município conta com um hospital municipal - Instituto de Saúde Dr. José Gil Barbosa (IBGE, 2002). O hospital do município funciona, na maioria das vezes, com um atendimento intermediário, pois são poucos os casos de internações no local, visto que este não possui uma infraestrutura mínima básica para atender à população. Quase todos os usuários são transferidos para os hospitais de Teresina.

A unidade básica de saúde da FNS - Fundação Nacional de Saúde foi municipalizada em 1999, neste serviço se oferecem diversos serviços tais como, Engenharia de saúde pública que inclui saneamento para promoção em saúde, sistema de esgotamento sanitário, estudos e pesquisas, saneamento rural entre

outras e Saúde ambiental, voltados à área de saúde. Possui ainda o programa de agentes comunitários da saúde. No setor privado, Altos conta, atualmente, com duas clínicas particulares: CLINENFSJ e Bio Análise e, ainda, com alguns consultórios odontológicos, possui ainda, uma Fundação que atua na área de saúde (Fundação D. Maria de Jesus), onde são oferecidos serviços de realização de exames complementares para todas as doenças e atendimentos de reabilitação.

Desde 2013 a prefeitura de Alto tem investido em ações que possibilitem a reestruturação da saúde municipal. Nosso hospital está sendo completamente reformado e ampliado. Esta reforma era uma das principais reivindicações da população. Durante duas décadas o hospital e a saúde ficaram à margem da atenção do poder público municipal de Altos uma situação realmente inaceitável pela população que sofre com os problemas estruturais. Atualmente contamos com um total de 13 ESF, das quais encontram-se em reforma. Possuímos ESF em todas as ESF, um núcleo de apoio à saúde da família(NASF), não temos disponibilidade de centro de especialidade odontológica(CEO), não há disponibilidade de atenção especializada, os casos são referidos para a capital do estado Teresinha, em alguns casos a prefeitura propicia o transporte nos casos mais sérios, porque não é possível oferecer para todos os usuários.

No município existem laboratórios particulares, mas o hospital do município conta com laboratório que presta serviço pelo SUS, o qual tem que tem sido melhorado com os equipamentos para a realização de exames, oferecendo serviços todos os dias, priorizando os exames de urgências estes tem o resultado recebidos sem demora, os exames feitos para os atendimentos de rotina tem seus resultados após 48 ou 72 horas depois de realizado.

No município só temos especialistas de psiquiatria que oferecem atendimento no CAPS todas as semanas, pediatria e ortopedista que oferecem atendimento uma vez por mês no hospital, além da psicóloga e nutricionista que atendem todos os dias das semanas. No caso dos outros especialistas são feitos os agendamento para o hospital de Teresinha com demora nas maiorias dos casos, de pelo menos um mês.

A prefeitura distribui medicamentos gratuitamente a usuários que consultam nas ESF, por meio da farmácia básica. Os medicamentos são distribuídos sempre mediante a apresentação de receitas medicas. Foi inaugurada a nova sede física do Serviço do Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), que oferece serviços nas

urgências da população com duas unidades moveis realizando o transporte dos usuários para o hospital, os casos mais graves para o Hospital de Teresinha.

A ESF São José que será realizado o trabalho encontrasse em zona urbana, com uma população estimada de 3500 habitantes, porém atualmente só 90% encontra-se cadastrada no centro do município, pertence ao modelo da atenção ESF, com apenas uma equipe formada pelo médico clinico geral, enfermeira, técnica de enfermagem, odontólogo, técnica de saúde bucal, e oito agentes de saúde. O dentista realiza atendimento três vezes na semana, nos dois turnos, possui uma área geográfica de abrangência definida. Não temos serviços de urgência e emergência, estas são encaminhadas para o hospital.

Nossa ESF recebe apoio do NASF, porém está incompleto, só conta com psiquiatra e um pediatra que só prestam serviço uma vez por mês, isto dificulta muito nosso desempenho e também causa o descontentamento da população.

Não temos salas destinadas a almoxarifado, deposito para material de limpeza, abrigo para resíduos sólidos, sala de nebulização, salas de vacina, encaminhamos os usuários para outras ESF que prestem este serviço. Não tem banheiro para deficientes, nem sinalização dos ambientes que permitam a comunicação através de textos. Não temos revisão da calibragem de balanças e esfigmomanômetro. Estamos em processo de negociação com a prefeitura para realizar reforma em nossa ESF depois que já tenha concluído as demais, ainda estamos aguardando resposta.

Estas necessidades e limitações dificultam o bom desenvolvimento das atividades, diminuem o rendimento e aceitação do serviço pela população e o rendimento profissional.

Considero que de todas estas necessidades e limitações a de maior relevância é a pouca acessibilidade aos serviços especializado sendo estes oferecidos na cidade de Teresinha com demoras de pelo menos um mês. Além disso as condições estruturais da ESF que apresentam sérias limitações

Para melhorar os atendimentos com as diferentes especialidades temos disponibilidade do tele saúde e assim diminui as demandas para os especialistas, aumentando os atendimentos e também enriquecendo nossos conhecimentos, trocando idéias e vivencias com outros médicos especialistas.

Não contamos com a completa totalidade dos recursos que são necessários para o bom funcionamento, entre os de maior relevância encontrasse a autoclave, o

que impossibilita muitas vezes o desenvolvimento de alguns atendimentos por falta de materiais. Não temos glicômetro em funcionamento, nem material para sutura, microscópio, nebulizador, bombinha com espaçador, negatoscopio e oftalmoscópio. A coleta de escarro é realizada em um laboratório centralizado, visto que não contamos com pote para coleta. No consultório odontológico temos também dificuldades, não contamos com instrumental para colocação de próteses.

Não temos sistema de manutenção e reposição de mobiliário, os materiais com problema são consertados na manutenção do hospital, o material de consumo é repostado pela Centro de Saúde e Condicionamento Físico. Quanto a comunicação temos internet mas está não funciona o todo tempo, o que dificulta a realização das conferências do tele saúde. Não contamos com farmácia na ESF as medicações são retiradas na farmácia central.

Não temos sala de vacina, a equipe transporta as vacinas diariamente para a ESF afim de vacinar os usuários e cumprir as campanhas de vacinação.

Também temos dificuldade com as atividades de promoção e prevenção com as mulheres em idade fértil já que não contamos com métodos anticoncepcionais, temos realizado palestras para as mulheres na idade fértil quanto a importância do uso dos preservativos para impedir a gravidez e também para prevenir as doenças sexuais transmissíveis. Os agentes de saúde não dispõem de balanças para crianças, estas só encontram-se na ESF, assim temos adotado como estratégia solicitar aos usuários irem a ESF para as avaliações nutricionais e ali aproveitamos para orientar os pais sobre os cuidados necessário com as crianças através de conversas, palestras, e outras atividades com a participação ativa de todos.

Uma dificuldade muito importante, é a situação da comunicação, e os acesso à os prontuários, para nós seria mais cômodo e mais fácil contar com os prontuários eletrônicos. Neste momento o município não conta com mínimo necessário para fazer estas trocas, a prefeitura encontrasse trabalhando para melhorar estes aspectos da saúde.

Os profissionais de nossa ESF são médico clinico geral, enfermeira, técnica de enfermagem, odontólogo, técnica de saúde bucal, e oito agentes de saúde participam do processo de territorialização e mapeamento entre as atividades desenvolvidas encontrasse: identificação de grupos, famílias e indivíduos expostos a risco, como hipertensos, diabéticos, portadores de tuberculose, hanseníase. Estas

atividades são de grande importância já que permitem manter um bom acompanhamento de todas estas doenças, além do desenvolvimento dos indicadores demográficos da população.

Realizamos atividades de promoção e prevenção de saúde na sociedade em parceria com igrejas escolas, comercio, grupos sociais, grupos de mães, idosos, conselho local e outros, através de atividades em grupo. Também são realizadas visitas domiciliares, busca ativa de usuários faltosos, afim da detecção precoce de casos novos e possíveis complicações.

Os usuários são encaminhados a outros níveis do sistema respeitando o fluxo de referência e contra referência, como, atendimento as especialidades, internação hospitalar, serviços de pronto atendimento e pronto socorro, através de protocolos, facilitando o processo de atendimento aos usuários com uma maior qualidade e rapidez.

É realizada a notificação de doenças e agravos, permitindo um controle dentro da ESF, também permite manter informado sobre a quantidade de casos novos em tratamento e recuperação, com maior controle e interrupção da cadeia de transmissão.

Acolhimento é uma prática presente em todas as relações de cuidado, nos encontros reais entre trabalhadores de saúde e usuários, nos atos de receber e escutar as pessoas. Para se realizar o acolhimento, é fundamental que as equipes de saúde reflitam sobre um conjunto de elementos que vão desde os saberes que a ESF adota o atendimento individual em saúde até a maneira como interagem na organização do processo de trabalho em equipe (BRASIL, 2013).

Quando os usuários chegam a nossa ESF são recebidos adequadamente em uma sala de espera pela técnica de enfermagem e pela secretaria, onde são selecionados os atendimentos prioritários, feito isso havendo demanda excedente de clientes são orientados a retornar em outro horário para serem atendidos. Os atendimentos são feitos pelo médico, enfermeira, odontólogo, técnica de enfermagem, auxiliar de consultório dentário e agentes comunitários de saúde, por meio de um acolhimento mutuo e coletivo.

Nossa mais importante limitação é a grande demanda de usuários, principalmente de outras áreas de abrangência, já que nossa ESF fica localizada no centro, considero que a principal causa desta demanda é a ausência de médicos em algumas ESF no município.

A população da ESF é de mais de 3500 habitantes com predomínio do sexo feminino com 2083, predominando as idades de 10-49 mulheres em idade fértil com 1141, e 1417 homens predominando também as idades entre 10-49, com 33 menores de um ano e 372 idosos.

Quanto a atenção a saúde da criança nos primeiros anos, as consultas são realizadas de acordo com a prioridade e programação para crianças menores de um ano, feitas pela enfermeira e o médico. As consultas são realizadas todos os dias da semana em um turno, seguindo protocolo, contamos com um registro específico monitorado todos os meses. O esquema de vacinação é cumprido corretamente, as mães têm consciência da importância das vacinas para seus filhos e do aleitamento materno, orientamos como evitar acidentes domésticos temas que em todas as atendimentos são ressaltados.

O indicador de cobertura de número de crianças menores de um ano residentes na área tem uma estimativa de 53 crianças menores de um ano, na ESF contamos com 33 com uma cobertura de 62% de criança. No indicador de qualidade temos um 88%(29) de consultas em dia de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde, um 12% (4) de crianças com atraso da consulta agendada em mais de sete dias, 79% (26) com teste do pezinho até sete dias, 91% (30) com primeira consulta de puericultura nos primeiros sete dias de vida, e com 100 % nos monitoramento do crescimento na última consulta, monitoramento do desenvolvimento na última consulta, vacinas em dia, orientação para aleitamento materno exclusivo e orientação para prevenção de acidentes, com respeito da avaliação de saúde bucal temos um 91%(30).

O que mostra que a qualidade da atenção em saúde é boa, porém temos alguns aspectos que devem ser melhorados, como aumentar interação com a comunidade, principalmente com as mães e mulheres em idade fértil orientando sobre os problemas que afetam a saúde das crianças, como amamentação, imunização, bom hábito alimentar, prevenção de acidentes, higiene pessoal, utilização de água fervida.

O objetivo do acompanhamento pré-natal é assegurar o desenvolvimento adequado da gestação, permitindo um parto sem intercorrências, sem impacto para a saúde materna, inclusive abordando aspectos psicossociais e as atividades educativas e preventivas. Nós fazemos registro em prontuários de cada uma das gestantes desde o início da gravidez até o nascimento da criança e durante seu

desenvolvimento para melhor seguimento e controle das mesmas. Os atendimentos são feitos uma vez na semana todas as quartas feiras com atendimento de forma completa, o exame clinico completo, são oferecidas palestras e conversas com as grávidas e também as vacinas no caso de que precisarem.

No indicador do número estimado de gestantes residentes na área temos um estimativa de 52 gestantes, sendo a de nossa ESF possui informações de apenas 50%(26) de gestantes residentes na área, considero que temos que trabalhar muito na busca ativa afim de aumentar a captação das gestantes, para ter um 100 % da cobertura da atenção pré-natal, sendo está muito importante para lograr a diminuição da mortalidade materna infantil.

Em quanto aos indicadores de qualidade temos um 92%(24) de pré-natal iniciado no 1ºTrimestre, um 100%(26) de gestantes com consultas em dia de acordo com calendário do Ministério da Saúde, de igual maneira a solicitação na 1ª consulta dos exames laboratoriais preconizados, vacina antitetânica conforme protocolo, vacina contra hepatite B conforme protocolo, prescrição de suplementação de sulfato ferroso conforme protocolo, assim como a orientação para aleitamento exclusivo. Tendo o 77%(20) exame ginecológico por trimestre e avaliação de saúde bucal.

Temos que ampliar a cobertura e melhorar a qualidade de atenção ao pré-natal e realizar um atendimento integral das grávidas, não contamos com assistente social, educador físico, médico ginecologista, médico psiquiatra, isto dificulta nosso trabalho e influencia negativamente na qualidade das ações, já que toda grávida precisa ser avaliada sistematicamente por estas especialidades, estamos trabalhando para garantir mais recursos humanos ,e melhorar o acesso a unidades de referência especializada. Outro aspecto que é necessário realizar melhorias são as atividades de grupo de gestante, aumentado as reuniões, para assim melhorar a educação em saúde.

Atenção à mulher e ao recém-nascido no pós-parto imediato e nas primeiras semanas após o parto é fundamental para a saúde materna e neonatal. Recomenda-se uma visita domiciliar na primeira semana após a alta do bebê. Caso o recém-nascido tenha sido classificado como de risco, essa visita deverá acontecer nos primeiros 3 dias após a alta. O retorno da mulher e do recém-

nascido ao serviço de saúde, de 7 a 10 dias após o parto, deve ser incentivado desde o pré-natal, na maternidade e pelos agentes comunitários de saúde na visita domiciliar.

No indicador de número estimado de partos nos últimos 12 meses temos uma estimativa proposta pelo ministério de saúde de 53 mulheres, que fizeram consulta de puerpério nos últimos 12 meses, com uma cobertura real de 64% (34) de mulheres que fizeram consulta de puerpério nos últimos 12 meses.

Os indicadores de qualidade encontrasse muito bom. Temos um 100%(34) de mulheres que se consultaram antes dos 42 dias de pós-parto, que tiveram a sua consulta puerperal registrada, receberam orientações sobre os cuidados básicos do recém-nascido, receberam orientações sobre aleitamento materno exclusivo e que receberam orientação sobre planejamento familiar, assim como que tiveram seu estado psíquico avaliado, que tiveram o abdome examinado e que foram avaliadas quanto a intercorrências. Tivemos um 91% (34) de mulheres que tiveram as mamas examinadas e 88% (30) que realizaram exame ginecológico. A equipe de saúde realiza as visitas domiciliares na primeira semana de 7 a 10 dias após o parto, após a alta do bebê no caso que o recém-nascido seja de risco ante os 3 dias. Estas são planejadas com as agentes de saúde para que nenhuma puérpera fique sem avaliação.

O rastreamento ao câncer de mama em minha ESF não é um problema de saúde, possuímos um registro completo, uma vez que foi criado a pouco tempo, os atendimentos são feitos pela medica e enfermagem os dias na semana, as mulheres e também são de muito apoio os ACS que receberem capacitações sobre o tema para orientar a comunidade e aumentar o cadastro das mulheres entre os 50-69 anos, isto tem boa aceitação pela população.

No indicador de número de mulheres entre 50 e 69 anos residentes na área temos uma estimativa de 263, e com uma cobertura real de 70 % (185) de mulheres entre 50-69 anos, baixa para nossa ESF, pelo que estamos trabalhando muito para aumentá-la. Os indicadores de qualidade são aceitáveis, 100%(185) das mulheres foram orientadas quanto a prevenção do câncer de mama e com avaliação de risco para câncer de mama, assim como não temos mulheres entre 50-69 anos com mamografia com mais de 3 meses em atraso e o 52%(97) tem mamografia em dia.

Para ampliar a cobertura e qualidade da prevenção de câncer de mama o primeiro passo é realizar um registro adequado das mulheres de 50-69 anos.

Destaca-se também a importância de ações Inter setoriais que promovam acesso à informação e ampliem oportunidades para controle do peso corporal e a prática regular de atividade física. A redução das dificuldades de acesso aos serviços de saúde para o alcance da cobertura adequada da população-alvo no rastreamento é também componente estratégico que requer a qualificação contínua do Sistema Único de Saúde.

Incentivar todas as mulheres para a realização do auto exame de mamas regularmente, valorizando-se a descoberta casual de pequenas alterações mamárias.

É necessário que a mulher seja estimulada a procurar esclarecimento médico sempre que houver dúvida em relação aos achados do autoexame das mamas e a participar das ações de detecção precoce do câncer de mama. Além desses grupos, há também a recomendação para o rastreamento de mulheres com risco elevado de câncer de mama, cuja rotina deve se iniciar aos 35 anos, com exame clínico das mamas e mamografia anuais.

Em meu serviço não temos mulheres com exame alterado mais isso não quer dizer que não existam e como estratégia para realizar acompanhamento vamos realizar registro e seguimento adequado para identificação das usuárias com sintomas de alterações mamarias.

O câncer do colo do útero está associado à infecção persistente por subtipos ontogênicos do vírus HPV (Papiloma vírus Humano), especialmente o HPV-16 e o HPV-18, responsáveis por cerca de 70% dos cânceres cervicais. É uma doença de desenvolvimento lento, que pode cursar sem sintomas em fase inicial e evoluir para quadros de sangramento vaginal intermitente ou após a relação sexual, secreção vaginal anormal e dor abdominal associada com queixas urinárias ou intestinais nos casos mais avançados (INCA, 2014).

Nossa ESF conta com um registro que nos permite avaliar os indicadores e o desenvolvimento das ações na comunidade a nível individual. Este não está completo devido ao pouco tempo de trabalho, mas continuam com o cadastro e rastreamento das mulheres em idade de 25-64 anos, os atendimentos são feitos uma vez da semana todas terças feiras nos dois turnos e som avaliadas todas as mulheres que acudam a ESF.

Temos uma estimativa de 848 mulheres entre 25 e 64 anos residentes na área, porém temos apenas 71%(603), ainda faltam por cadastro e registro, e temos outras que ainda não reconhecem a importância da realização da prevenção por falta de informação e outras que preferem o setor privado.

O Indicador da qualidade da Prevenção do Câncer de Colo de Útero encontrasse nos níveis regulares, temos 53%(319) de exame patológico em dia e não temos atrasos com mais de seis meses, não temos resultados alterados, temos ao 100%(603) das mulheres com avaliação de risco, 52%(312) das mulheres encontrassem orientadas sobre a prevenção de CA de colo de útero e sobre DSTS 98%(589), tendo o 100%(603) de exames coletados com amostras satisfatórias.

Temos que traçar estratégias para a detecção e o diagnóstico precoce e o rastreamento com aplicação de um teste ou exame numa população assintomática, com objetivo de identificar lesões sugestivas de câncer e encaminhá-la para investigação e tratamento, realizando o teste de Papanicolau. A prevenção primária do câncer do colo do útero está relacionada à diminuição do risco de contágio pelo papiloma vírus humano (HPV). Deve ser promovido o uso de preservativos.

Nos utilizamos em nossa ESF para possibilitar o acompanhamento de mulheres com exame alterado do câncer de colo de útero, a repetição do exame Papanicolau a cada três anos, após dois exames normais consecutivos realizados com um intervalo de um ano. A repetição em um ano após o primeiro teste tem como objetivo reduzir a possibilidade de um resultado falso-negativo na primeira rodada do rastreamento, monitorar e gerenciar continuamente as ações e garantir a qualidade das ações.

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial – PA ($PA \geq 140 \times 90$ mmHg). Associa-se, frequentemente, às alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e às alterações metabólicas, com aumento do risco de eventos cardiovasculares (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Nós temos um controle da maioria dos usuários com hipertensão arterial. O registro é feito no livro e atualizado nas consultas diárias desenvolvidas na ESF, além disso cada paciente, tem um prontuário clínico e uma ficha que nos permite avaliar a evolução de cada paciente, os atendimentos são feitos uma vez na semana

pela enfermagem e o médico, e todos os meses são realizadas as reuniões de hiperdia.

A estimativa do número de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área é de 702, em nossa realidade a cobertura é de 56%(390) de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área. Os indicadores de qualidade não temos os melhores resultados, comportando-se como segue temos 76%(297) com realização de estratificação de risco cardiovascular por critério clínico, 25%(97) com atraso da consulta agendada em mais de 7 dias, 92%(359) Exames complementares periódicos em dia, 79%(307) Avaliação de saúde bucal em dia 79, e o 100%(390) dos indicadores de Orientação sobre prática de atividade física regular e Orientação nutricional para alimentação saudável.

Para ampliar a cobertura e melhorar a qualidade da atenção à HAS, considero que deveríamos melhorar a educação em saúde da população conhecimento das doenças está relacionado à melhora da qualidade de vida, à redução do número de complicações, ao menor número de internações hospitalares e à maior aceitação da doença. Podemos montar uma equipe multiprofissional para a ação educativa e o acompanhamento ambulatorial dos usuários, composta de assistente social, auxiliar de enfermagem, dentista, médico clínico, nutricionista, psicóloga e terapeuta ocupacional. Os profissionais da saúde têm importância primordial nas estratégias de prevenção, diagnóstico, monitorização e controle da hipertensão arterial.

Além disso realizar aferição de pressão arterial em todo adulto com 18 anos ou mais de idade, na procura pela ESF anualmente, e registro. E ainda ressaltar para a população a importância das mudanças de estilos de vida e modo como controla seus fatores de risco, como sobrecarga na ingestão de sal, excesso de adiposidade, especialmente na cintura abdominal, abuso de álcool, entre outros.

O DM vem aumentando sua importância pela sua crescente prevalência e habitualmente está associado à dislipidemia, à hipertensão arterial e à disfunção endotelial. É um problema de saúde considerado condição sensível à atenção primária, ou seja, evidências demonstram que o bom manejo deste problema ainda na Atenção Básica evita hospitalizações e mortes por complicações cardiovasculares e cerebrovasculares (ALFRADIQUE, 2009).

Nós contamos com um registro bastante completo dos usuários diabéticos que temos na área e também de aqueles que tem fatores de risco, para esta

doença. No indicador estimativa do número de diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área, temos 201 diabéticos, na realidade temos 72%(144) da cobertura de diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área, porém estamos buscando alcançar 100% da população. No indicador de qualidade temos 85%(123) com realização de estratificação de risco cardiovascular por critério clínico, 31%(45) com atraso da consulta agendada em mais de 7 dias, 96%(138) com exames complementares periódicos em dia mantendo-se igual para os usuários diabéticos com exame físico dos pés nos últimos 3 meses, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso nos últimos 3 meses e com medida da sensibilidade dos pés nos últimos 3 meses. No caso dos indicadores de orientação sobre prática de atividade física regular. Com orientação nutricional para alimentação saudável e com avaliação de saúde bucal em dia, eles tem o 100%(144) da qualidade de usuários diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área.

Tendo em conta os indicadores podemos falar que existem muitas melhorias que podem contribuir para ampliar a cobertura e melhorar a qualidade da atenção à DM, em primeiro lugar realizar um cadastramento, controle e estratificação de risco de cada um de nossos usuários, além do controle da glicemia e o desenvolvimento do autocuidado, o que contribuirá na melhoria da qualidade de vida e na diminuição da morbimortalidade. Os atendimentos são feitos uma vez na semana pela enfermagem e o médico.

Na ESF não conta com um glicômetro para a realização de hemoglicoteste, a equipe pediu apoio do gestor para propiciar ao menos um aparelho para melhorar o atendimento, dado que os usuários são referidos ao hospital para realizar os exames de glicose. Nossos objetivos mais importantes das ações de saúde são controlar a glicemia e, com isso, em longo prazo, reduzir morbimortalidade causada por essa patologia. Portanto, temos que fazer uma intervenção educativa sistematizada e permanente com a participação de toda equipe para realizar mudanças na população, utilizar a terapia nutricional também é importante na prevenção do diabetes mellitus. Temos que realizar uma consulta de rastreamento completa afim de conhecer a história pregressa da pessoa; realizar o exame físico, incluindo a verificação de pressão arterial, de dados antropométricos, avaliar as condições de saúde e solicitar os exames laboratoriais necessários e que possam contribuir para o diagnóstico e para a decisão terapêutica ou preventiva. Sempre

tendo como objetivo realizar mudanças do estilo de vida, promovendo hábitos de vida saudáveis.

Com respeito ao indicador de número de idosos com 60 anos ou mais residentes na área, temos uma estimativa de 372 idosos que coincide com a cobertura de idosos com 60 anos ou mais residentes na área e acompanhados na ESF, tendo cadastrado total de pessoas idosas com uma cobertura de 100% (372), o que facilita nosso trabalho, além disso todos têm a caderneta do idoso. Esta cobertura pode estar a baixo de nossa realidade, porque a quantidade de pessoas idosas está aumentando, podemos falar que este aumento propicia uma demanda crescente por serviços de saúde. Aliás, este é um dos desafios atuais: escassez de recursos.

O idoso consome mais serviços de saúde, as internações hospitalares são mais frequentes e o tempo de ocupação do leito é maior quando comparado a outras faixas etárias. Em geral, as doenças dos idosos são crônicas e múltiplas, perduram por vários anos e exigem acompanhamento constante, cuidados permanentes, medicação contínua e exames periódicos.

Os indicadores de qualidade se comportam da seguinte maneira temos 85% (315) de idosos com caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, 81% (301) com realização de Avaliação Multidimensional Rápida, 85 % (132) com acompanhamento em dia, 35% (132) com hipertensão arterial sistêmica, 26% (98) com diabetes mellitus, 85% (315) com avaliação de risco para morbimortalidade, 85% (315) com investigação de indicadores de fragilização na velhice, 56% (207) com avaliação de saúde bucal em dia, e com o 100% (372) idosos que apresentam orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis e orientação para atividade física regular.

Podemos ver que os indicadores de qualidade em grande maioria não estão em 100% para alcançar um melhor controle dos usuários e aumentar o cadastro e acompanhamento, realizamos busca ativa dos idosos faltosos. Aumentamos as orientações gerais relacionadas à alimentação da pessoa idosa, em especial nas situações de doenças crônicas como diabetes, hipertensão, obesidade e hipercolesterolêmica. Caso sejam necessárias orientações nutricionais específicas, fazer as ações conjunto com a nutricionista para um bom planejamento. Incentivar aos idosos com ajuda da secretaria de saúde e educador físico para a

incorporação da prática de atividade física, a orientação do profissional de saúde estimulando a população idosa a incorporar um estilo de vida mais saudável e ativo.

Estes usuários idosos são acompanhados uma vez na semana nos dois turnos, pela enfermeira e o médico quando necessário, são feitas reuniões uma vez no mês onde são realizadas palestras, conversas, convites e outras atividades. A saúde bucal dos idosos não é a melhor, eles apresentam dificuldade para virem aos serviços, devido as incapacidades e também devido as poucas vagas horas disponibilizadas de atendimento. No futuro pensamos melhorar um pouco esta situação, fazendo agendamentos para esta população.

Nosso maior desafio é fazer saúde com poucos recursos, oferecer um atendimento de saúde com qualidade quando os recursos são muito limitados, mais isto pode ser possível com a entrega e o apoio de toda a equipe, com ajuda das entidades sociais e políticas.

O principal problema de nossos serviços são os atendimentos odontológicos que não se encontram bem estruturados, o serviço só é oferecido duas vezes na semana no turno da manhã, não são realizados tratamentos especializados, nem cirurgias odontológicas, encontrando em muitas críticas, os usuários reclamam da falta de acompanhamento, tendo de procurar o atendimento em clínicas particulares, sendo este nosso maior desafio além de continuar aumentando a saúde na população e o cadastro da população para melhor planejamento das condutas e ações.

1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional

Através da realização do relatório situacional conseguimos ter uma visão melhor de nosso serviço, antes da realização nossas atividades eram mais voltadas para a demanda espontânea da população, sobre as queixas referidas. Após a identificação das fragilidades e potencialidades existentes no serviço passamos a realizar um atendimento voltado para as reais necessidades, modificou a maneira de encarar o serviço, agora realizamos atendimento voltado para as reais necessidades da população. Além disso as condições de saúde foram alteradas no decorrer da intervenção.

A situação da ESF/APS que nos apresentamos anteriormente, foi modificada, influenciando também em a melhora de nossos serviços. Antes o hospital

apresentavas sérios problemas de estruturação, os serviços oferecidos não estavam com ótima qualidade, o laboratório não contava com aparelhos para a realização de exames complementares pelo que os usuários tinham que acudir a clínicas particulares, o registro das doenças crônicas transmissíveis não era bom, e em algumas doenças não estava completo o não existia, ao início só contávamos com uma ambulância para o traslado dos usuários, nem uma base. Agora temos aumento e o controle dos registros dos usuários, temos maior controle das doenças crônicas não transmissíveis, o hospital será entregue no final do mês de novembro, já que está em reparação, isto permitirá que exista uma melhor organização e controle dos serviços, estão aumentado os serviços de exames laboratoriais, contamos com outra ambulância para realizar o transporte dos usuários. O hospital recebeu, por meio de parceria realizada pela prefeitura com o governo do estado, um novo aparelho de raio X, material odontológico e cirúrgico, densímetro de coluna, braçadeiras, cadeiras de rodas, carros macas, carrinho de curativos, aspirador cirúrgico, cama Fowler, mesas ginecológicas e amalgamador.

Dada alta incidência de hipertensão, asma brônquica, diabetes mellitus, não controladas e sem tratamento, temos que trabalhar no diagnóstico destas doenças assim como determinar seus riscos, levando mudanças nos estilos de vida e a condutas de saúde dos usuários, já que forem aumentando os registros e controle destas doenças.

De maneira geral a qualidade do ESF está aumentando e seguirá aumentando. Em minha ESF tínhamos muitos problemas com a comunicação agora temos acesso ao tele saúde e as teleconferências, além disso nas reuniões de equipe são tratados diferentes temas para a capacitação do pessoal. Melhorou os atendimentos dos usuários na ESF assim como aumento o controle dos programas.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

A hipertensão é um dos principais agravos à saúde no Brasil. A hipertensão afeta de 11 a 20% da população adulta com mais de 20 anos. Cerca de 85% dos usuários com acidente vascular encefálico (AVE) e 40% das vítimas de infarto do miocárdio apresentam hipertensão associada. (BRASIL,2002). Eleva o custo médico-social, principalmente pelas suas complicações, como as doenças cerebrovascular, coronariana e vascular de extremidades, além da insuficiência cardíaca e da insuficiência renal crônica. O Diabetes é uma síndrome de etiologia múltipla, decorrente da falta de insulina e/ou da incapacidade da insulina em exercer adequadamente seus efeitos. Caracteriza-se por hiperglicemia crônica com alterações no metabolismo de carboidratos, lipídeos e proteínas. O diabetes atinge a mulher grávida e todas as faixas etárias, sem distinção de raça, sexo ou condições socioeconômicas. Na população adulta, sua prevalência é de 7,6%. (BRASIL,2002).

A ESF São Jose está localizada na zona urbana, central, do município Altos estado Piauí. E um local adaptado, não tem boas condições estruturais, oferece atendimento em dois turnos, oferece uma vez na semana pela enfermagem e o médico, com realização mensal das reuniões de hiperdia. Os atendimentos dos hipertensos e diabéticos não tenha um dia fixo para realizar na semana, a participação deles nas reuniões de hiperdia não era muito boa, e tenho que falar que as atividades educativas não eram feita de forma reiterada.

A população estimada pelo ministério e de 702 hipertensos e 201 diabéticos com uma realidade em nossa ESF de 56% (390) hipertensos e 72% (144) diabéticos. Atualmente temos um total de 68.7%(99) diabéticos e 61.3%(293) hipertensos com boa qualidade de atendimentos, temos realizado os exames complementares, a estratificação de risco, orientados para a realização de

atividades físicas e alimentação saudável. São realizadas palestras educativas uma vez por semana em escolas pública e igrejas.

O tema foi escolhido com a intenção de estimular a detecção precoce e o acompanhamento adequado das pessoas com hipertensão e diabetes, de forma a melhorar a qualidade de vida, minimizar as complicações crônicas a longo prazo e reduzir a morbimortalidade cardiovascular, principal causa de morte na cidade e no país como um todo embora que os índices de Hipertensão Arterial e Diabetes são consideráveis, além da necessidade de orientação e educação para estes usuários. Além disso pela incidência e prevalência que tem estas doenças na população, o incremento dos fatores de risco e o desconhecimento que tem a população com estas doenças.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a Atenção à Saúde de pessoas com hipertensão e diabetes na população de 20 anos o mais, na ESF São Jose, Altos/PI.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

Objetivo 1: Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos.

- Meta 1.1. Cadastrar 100% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.
- Meta 1.2. Cadastrar 100% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

- Meta 2.1. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos
- Meta 2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

- Meta 2.3. Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.
- Meta 2.4. Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.
- Meta 2.5. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.
- Meta 2.6. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.
- Meta 2.7. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.
- Meta 2.8. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Objetivo 3: Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa.

- Meta 3.1. Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.
- Meta 3.2. Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações

- Meta 4.1. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.
- Meta 4.2. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo 5: Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

- Meta 5.1. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.
- Meta 5.2. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

- Meta 6.1. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.
- Meta 6.2. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.
- Meta 6.3. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos.
- Meta 6.4. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos.
- Meta 6.5. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.
- Meta 6.6. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.
- Meta 6.7. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.
- Meta 6.8. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos.

2.3 Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 16 semanas na Unidade de Saúde da Família (USF) São Jose, no Município de Altos, Estado Piauí. Participarão da intervenção 390 hipertensos e 144 diabéticos com mais de 20 anos.

2.3.1 Detalhamento das ações

Objetivo 1: Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 1.1. Cadastrar 100% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

Meta 1.2. Cadastrar 100% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ações: Monitorar o número de hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

Detalhamento: Será realizado monitoramento e avaliação periódica, com frequência semanal pela enfermeira, através de planilha Excel, disponibilizada pelo curso.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ações: Garantir o registro dos hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa.

Detalhamento: a equipe toda participará do registro, mais o responsável será o enfermeiro, o registro será realizado semanalmente.

Ações: Melhorar o acolhimento para os usuários portadores de HAS e Diabetes Mellitus.

Detalhamento: receber o total dos usuários portadores de HAS e Diabéticos que vem a unidade de forma induzida ou espontânea, por diferentes motivos, todos os dias e em todos os turnos, possuindo as mesmas possibilidades a todos os usuários, responsabilizado a técnica de enfermagem, a enfermagem e a medica.

Ações: Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde, e o material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde.

Detalhamento: Será realizada uma reunião com a equipe e o gestor de saúde para fazer um pedido dos materiais que se precisarem durante a intervenção, reuniões ocorreram uma vez por mês.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ações: Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde. Informar a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente e sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg. Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

Detalhamento: Será realizado ações educativas pela equipe de saúde em contato com associação de moradores e com os representantes da comunidade em dois encontros, objetivando orientar a comunidade sobre a existência do programa de hipertensos e diabéticos, a importância de aferição da PA e sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ações: Capacitar os ACS para o cadastramento de hipertensos de toda área de abrangência da unidade de saúde. Capacitar a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito. Capacitar os ACS para o cadastramento de diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde. Capacitar a equipe da unidade de saúde para

realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

Detalhamento: Serão realizadas capacitações para toda equipe de saúde começando pelo manual técnico de Protocolo de Hipertensão e diabetes na própria ESF, a partir da segunda semana em dois encontro consecutivos.

Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos

Metas 2.1. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Meta 2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ações: Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos usuários hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: Será realizada o monitoramento e avaliação periódica, com frequência semanal pela enfermeira, através do exame dos prontuários dos usuários e a planilha Excel, disponibilizada pelo curso.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO NO SERVIÇO

Ações: Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários hipertensos e diabéticos. Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde. Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais. Dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde.

Detalhamento: Serão realizadas reuniões de equipe para fazer treinamento de cada membro da equipe na realização no exame clínico de usuários hipertensos que sejam acompanhados, o exame clínico será realizado todos os dias em todos os turnos possuindo as mesmas possibilidades os trabalhadores e os aposentados. Será realizada uma reunião para analisar a frequências das capacitações dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde, durante três semanas, na ESF, pela equipe de saúde. Além disso será impressa a versão

atualizada do protocolo que se encontrará na unidade de saúde possibilitando fácil acesso a toda a equipe, isto será feito pela enfermeira na primeira semana com ajuda do gestor municipal.

ENGAJAMENTO PUBLICO

Ação: Orientar os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

Detalhamento: será realizado o engajamento público pela equipe de saúde em contato com associação de moradores e com os representantes da comunidade pelo menos duas vezes durante a intervenção.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ação: Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.

Detalhamento: Será realizada capacitações de toda equipe de saúde na própria ESF, no horário utilizado para reunião da equipe mensalmente, disponibilizando 2 horas para isto ao final da reunião.

Meta 2.3. Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.4. Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ações: Monitorar o número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde. Monitorar o número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.

Detalhamento: Será realizada o monitoramento e avaliação periódica, com frequência semanal pela enfermeira, através do exame dos prontuários dos usuários e a planilha Excel, disponibilizada pelo curso.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO NO SERVIÇO

Ações: Garantir a solicitação dos exames complementares. Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo. Estabelecer sistemas de alerta os exames complementares preconizados.

Detalhamento: Será realizada uma reunião com toda a equipe solicitando o apoio do gestor municipal para garantir a agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo e estabelecer sistemas de alerta os exames complementares preconizados, sendo eu a responsável pelo menos com duas frequências.

ENGAJAMENTO PUBLICO

Ações: Orientar os usuários e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares. Orientar os usuários e a comunidade quanto a periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.

Detalhamento: será realizado o engajamento público pela equipe de saúde em contato com associação de moradores e com os representantes da comunidade pelo menos duas vezes durante a intervenção.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ação: Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares.

Detalhamento: serão realizadas as capacitações de toda equipe de saúde na própria ESF, no horário utilizado para reunião de equipe mensalmente, disponibilizando 2 horas para isto ao final da reunião.

Meta 2.5. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.6. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ação: Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Detalhamento: Será realizada o monitoramento e avaliação periódica, com frequência semanal pela enfermeira, através do relatório de controle de medicamentos.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO NO SERVIÇO

Ações: Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos. Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Detalhamento: realizar a listagem das necessidades de medicamentos dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde, mensalmente realizado pela enfermagem e supervisionado pela médica, assim como solicitar o registro dos medicamentos em existência com a farmacêutica incluindo validade, que vai ser atualizado semanalmente pela enfermagem.

ENGAJAMENTO PUBLICO

Ações: Orientar os usuários e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso.

Detalhamento: será realizado o engajamento público pela equipe de saúde em contato com associação de moradores e com os representantes da comunidade pelo menos duas vezes durante a intervenção.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ações: Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão. Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Detalhamento: Serão realizadas capacitações de toda equipe de saúde na própria ESF, no horário utilizado para reunião de equipe mensalmente, disponibilizando 2 horas para isto ao final da reunião.

Meta 2.7. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

Meta 2.8. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ação: Monitorar os hipertensos e diabéticos que necessitam de atendimento odontológico.

Detalhamento: Será realizada o monitoramento e avaliação periódica, com frequência semanal pela técnica odontológica, através do exame dos prontuários dos usuários e a planilha Excel, disponibilizada pelo curso.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO NO SERVIÇO

Ação: Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos. Organizar a agenda de saúde bucal (se possível) para a realização da consulta odontológica dos hipertensos e diabéticos provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Detalhamento: Será realizada a organização e gestão do serviço para que a equipe possa realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos atendido na ESF semanalmente pela técnica odontológica. Além disso será realizada uma reunião com toda a equipe para que este possa realizar os atendimentos dos hipertensos e diabéticos provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico em todos os turnos.

ENGAJAMENTO PUBLICO

Ação: Orientar a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente dos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: será realizado o engajamento público pela equipe de saúde em contato com associação de moradores e com os representantes da comunidade duas vezes durante a intervenção.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ação: Capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: Serão realizadas capacitações da equipe de saúde na própria ESF, no horário utilizado para reunião de equipe mensalmente, disponibilizando 2 horas para isto ao final da reunião.

Objetivo 3. Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa

Meta 3.1. Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Meta 3.2. Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ações: Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia).

Detalhamento: Será monitorado o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia) com frequência semanal pela enfermeira que examinara os prontuários e os agendamentos realizados.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ações: Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos. Organizar a agenda para acolher os hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamento: Será realizado pela técnica de enfermagem, se fará a organização da agenda para acolher a estes usuários hipertensos e diabéticos provenientes da busca ativa, todos os dias e em todos os turnos, possuindo as mesmas possibilidades os que se encontram com atendimentos em dia e os faltosos.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ações: Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas. Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão e diabetes (se houver número excessivo de faltosos). Esclarecer aos portadores de hipertensão, diabéticos e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Detalhamento: Será realizada educação em saúde pela equipe em contato com associação de moradores e com os representantes da comunidade pelo menos dois encontros.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ações: Capacitar os ACS para a orientação de hipertensos e diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Detalhamento: Serão realizadas capacitações de toda equipe de saúde na própria ESF, no horário utilizado para reunião de equipe mensalmente, disponibilizando 2 horas para isto ao final da reunião, em duas ocasiões.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações

Meta 4.1. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 4.2. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ações: Monitorar a qualidade dos registros de hipertensos e diabéticos acompanhados na unidade de saúde. Monitorar a qualidade dos registros de na unidade de saúde.

Detalhamento: Será realizada o monitoramento e avaliação periódica, com frequência semanal pela enfermeira, revisando as fichas espelho dos prontuários clínicos e através de planilha Excel, disponibilizada pelo curso.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ações: Manter as informações do SIAB atualizadas. Implantar a ficha de acompanhamento. Pactuar com a equipe o registro das informações. Definir responsável pelo monitoramento dos registros. Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.

Detalhamento: Será preenchida a caderneta de acompanhamento desta ação pela técnica de enfermagem com todos os dados dos usuários e colocaremos a data do agendamento da próxima consulta e será revisado o arquivo específico todos os meses na reunião da equipe.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ações: Orientar os usuários e a comunidade sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

Detalhamento: Será realizada educação em saúde pela equipe em contato com associação de moradores e com os representantes da comunidade em pelo menos em dois encontros durante a intervenção.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ações: Capacitar a equipe no preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento dos hipertensos e diabéticos. Capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Detalhamento: Serão realizadas capacitações de toda equipe de saúde na própria ESF, no horário utilizado para reunião de equipe mensalmente, disponibilizando 2 horas para isto ao final da reunião, em três reuniões.

Objetivo 5. Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular

Meta 5.1. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 5.2. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ações: Monitorar o número de usuários hipertensos e diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

Detalhamento: Será realizada o monitoramento e avaliação periódica, com frequência semanal pela enfermeira, revisando os prontuários e a fichas espelho dos hipertensos e diabéticos

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ações: Priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco. Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

Detalhamento: Nossa agenda de trabalho prevê consultas agendadas regularmente e livre demanda para atenção destes usuários que terão prioridade e serem atendidos no mesmo dia.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ações: Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular. Esclarecer os usuários e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

Detalhamento: Será realizada educação em saúde pela equipe de saúde em contato com associação de moradores e com os representantes da comunidade pelo menos duas vezes ao mês

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ações: Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo. Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação. Capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

Detalhamento: Serão realizadas capacitações de toda equipe de saúde na própria ESF, no horário utilizado para reunião de equipe mensalmente, disponibilizando 2 horas para isto ao final da reunião, em três reuniões

.

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

Metas 6.1. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Meta 6.2. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos

.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ações: Monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: Será realizada o monitoramento e avaliação periódica, com frequência semanal pela enfermeira, revisando as fichas espelho, os prontuários clínicos e através de planilha Excel, disponibilizada pelo curso.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ações: Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável. Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade.

Detalhamento: Demandar junto ao gestor oferta de consultas com dentista, nutricionista, educadores físicos para estes usuários, pelo menos semanalmente, tendo responsabilidade o médico como a enfermeira.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ações: Orientar hipertensos, diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.

Detalhamento: Será realizado o engajamento público pela equipe de saúde em contato com associação de moradores e com os representantes da comunidade pelo menos duas vezes durante a intervenção.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ações: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável. Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento: Serão realizadas capacitações por toda equipe de saúde na própria ESF, no horário utilizado para reunião de equipe mensalmente, disponibilizando 2 horas para isto ao final das reuniões, em três ocasiões.

Meta 6.3. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos.

Meta 6.4. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ações: Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: Será realizado o monitoramento e avaliação periódica, com frequência semanal pela enfermeira, revisando as fichas espelho os prontuários clínicos e através de planilha Excel, disponibilizada pelo curso.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ações: Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física. Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade.

Detalhamento: Demandar junto ao gestor oferta de consultas com dentista, nutricionista, educadores físicos para estes usuários, pelo menos semanalmente, tendo responsabilidade o médico como a enfermeira.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ações: Orientar hipertensos, diabéticos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular.

Detalhamento: Será realizado o engajamento público pela equipe de saúde em contato com associação de moradores e com os representantes da comunidade pelo menos duas vezes durante a intervenção.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ações: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular. Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento: Serão realizadas capacitações de toda equipe de saúde na própria ESF, no horário utilizado para reunião de equipe mensalmente, disponibilizando 2 horas para isto ao final das reuniões, em três ocasiões.

Meta 6.5. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.

Meta 6.6. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ações: Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos diabéticos e hipertensos.

Detalhamento: Será realizada o monitoramento e avaliação periódica, com frequência semanal pela enfermeira, revisando as fichas espelho os prontuários clínicos e através de planilha Excel, disponibilizada pelo curso.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ações: Demandar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo".

Detalhamento: Demandar junto ao gestora compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo" pelo menos semanalmente, tendo responsabilidade o médico como a enfermeira.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ações: Orientar os diabéticos e hipertensos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

Detalhamento: Será realizado o engajamento público pela equipe de saúde em contato com associação de moradores e com os representantes da comunidade pelo menos duas vezes durante a intervenção.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ações: Capacitar a equipe para o tratamento de usuários tabagistas. Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento: Serão realizadas capacitações de toda equipe de saúde na própria ESF, no horário utilizado para reunião de equipe mensalmente, disponibilizando 2 horas para isto ao final das reuniões, em três ocasiões

Meta 6.7. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.

Meta 6.8. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ações: Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal aos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: Será realizada o monitoramento e avaliação periódica, com frequência semanal pela enfermeira, revisando os prontuários clínicos e através de planilha Excel, disponibilizada pelo curso.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ações: Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

Detalhamento: organizar a agenda de saúde bucal, semanalmente tendo responsabilidade a técnica dentista e supervisionada pela odontóloga com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ações: Orientar os hipertensos, diabéticos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.

Detalhamento: Será realizado o engajamento público pela equipe de saúde em contato com associação de moradores e com os representantes da comunidade pelo menos duas vezes durante a intervenção.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ações: Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal.

Detalhamento: Serão realizadas capacitações de toda equipe de saúde na própria ESF, no horário utilizado para reunião de equipe mensalmente, disponibilizando 2 horas para isto ao final das reuniões, em três ocasiões.

2.3.2 Indicadores

Objetivo 1. Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos

Meta 1.1. Cadastrar 100% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

Indicador 1.1. Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.

- Numerador: Número total de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área de abrangência da unidade de saúde e acompanhados na ESF.
- Denominador: Número total de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 1.2. Cadastrar 100% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador 1.2. Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.

- Numerador: Número total de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde e acompanhados na ESF.
- Denominador: Número total de diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 2.1. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Indicador 2.1. Proporção de hipertensos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

- Numerador: Número de hipertensos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo.
- Denominador: Número total de hipertensos residentes na área e acompanhados na ESF.

Meta 2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Indicador 2.2. Proporção de diabéticos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

- Numerador: Número de diabéticos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo.
- Denominador: Número total de diabéticos residente na área e acompanhados na ESF.

Meta 2.3. Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.3. Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

- Numerador: Número total de hipertensos com exames complementares em dia.
- Denominador: Número total de hipertensos residentes na área e acompanhados na ESF.

Meta 2.4. Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.4. Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

- Numerador: Número total de diabéticos com exames complementares periódicos em dia.

- Denominador: Número total de diabéticos residentes na área e acompanhados na ESF.

Meta 2.5. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2.5. Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

- Numerador: Número de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.
- Denominador: Número de hipertensos com prescrição de medicamentos.

Meta 2.6. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2.6. Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

- Numerador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.
- Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

Meta 2.7. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

Indicador 2.7. Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

- Numerador: Número de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.
- Denominador: Número total de hipertensos residentes na área e acompanhado na ESF.

Meta 2.8. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Indicador 2.8. Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

- Numerador: Número de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.
- Denominador: Número total de diabéticos residentes na área e acompanhados na ESF.

Objetivo 3. Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa.

Meta 3.1. Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.1. Proporção de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

- Numerador: Número de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.
- Denominador: Número total de hipertensos residentes na área e acompanhados na unidade de saúde que faltaram as consultas.

Meta 3.2. Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.2. Proporção de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

- Numerador: Número de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.
- Denominador: Número total de diabéticos residentes na área e acompanhados na unidade de saúde que faltaram às consultas.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 4.1. Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

- Numerador: Número de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.
- Denominador: Número total de hipertensos residentes na área e acompanhados na ESF.

Meta 4.2. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 4.2. Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

- Numerador: Número de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.
- Denominador: Número total de diabéticos residentes na área e acompanhado na ESF.

Objetivo 5. Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

Meta 5.1. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 5.1 Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.

- Numerador: Número de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.
- Denominador: Número total de hipertensos residente na área e acompanhados na ESF.

Meta 5.2. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 5.2. Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.

- Numerador: Número de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.

- Denominador: Número total de diabéticos residentes na área e acompanhados na ESF.

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

Meta 6.1. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Indicador 6.1. Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

- Numerador: Número de usuários hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.
- Denominador: Número de hipertensos residentes na área e acompanhados na ESF.

Meta 6.2. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

Indicador 6.2. Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

- Numerador: Número de usuários diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.
- Denominador: Número de diabéticos residentes na área e acompanhados na ESF.

Meta 6.3. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos.

Indicador 6.3. Proporção de hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física.

- Numerador: Número de usuários hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física.
- Denominador: Número de hipertensos residentes na área e acompanhados na ESF.

Meta 6.4. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos.

Indicador 6.4. Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

- Numerador: Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre a prática regular de atividade física.
- Denominador: Número de diabéticos residentes na área e acompanhados na ESF.

Meta 6.5. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.

Indicador 6.5. Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

- Numerador: Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.
- Denominador: Número de hipertensos residentes na área e acompanhados na ESF.

Meta 6.6. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.

Indicador 6.6. Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

- Numerador: Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.
- Denominador: Número de diabéticos residentes na área e acompanhados na ESF.

Meta 6.7. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.

Indicador 6.7. Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal.

- Numerador: Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal.
- Denominador: Número de hipertensos residentes na área e acompanhados na ESF.

Meta 6.8. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos.

Indicador 6.8. Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal.

- Numerador: Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal.
- Denominador: Número de diabéticos residentes na área e acompanhados na ESF.

2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção no programa de Hipertensão arterial e Diabetes Mellitus vamos adotar o Manual Técnico de Protocolo de Hipertensão e diabetes do Ministério da Saúde, 2013. Utilizaremos a ficha espelho dos 390 hipertensos e 144 diabéticos, a ficha espelho utilizada será a disponibilizada pelo curso. A ficha não prevê a coleta de informações sobre acompanhamento de saúde bucal e dados relativos a classificação de risco da hipertensão e diabéticos. Assim, para poder coletar todos os indicadores necessários ao monitoramento da intervenção, o médico e o enfermeiro tomaram as informações sobre atendimento odontológico diretamente dos prontuários dos usuários. Estimamos alcançar com a intervenção o total cadastro de hipertensos e diabéticos na população. Faremos contato com o gestor municipal para dispor de todas as fichas espelho necessárias.

Para o acompanhamento mensal da intervenção será utilizada a planilha eletrônica de coleta de dados. Para organizar o registro específico do programa, a enfermeira revisará o livro de registro identificando os usuários que vieram ao serviço para ser acompanhados nos últimos 3 meses. A profissional localizará os prontuários dos hipertensos e diabéticos e transcreverá

todas as informações disponíveis no prontuário para a ficha espelho. Ao mesmo tempo realizará o monitoramento anexando uma anotação sobre consultas em atraso, exames clínicos e laboratoriais, estratificação de risco cardiovascular, assim como promoção de saúde.

Assim, começaremos a intervenção com a capacitação sobre o manual técnico de Protocolo de Hipertensão e diabetes para que toda a equipe utilize esta referência na atenção às hipertensos e diabéticos. Esta capacitação ocorrerá na própria ESF, para isto serão reservados 2 horas ao final do expediente, no horário tradicionalmente utilizado para reunião de equipe. Cada membro da equipe estudará uma parte do manual técnico e exporá o conteúdo aos outros membros da equipe.

O acolhimento dos hipertensos e diabéticos que buscarem serviço será realizado pela técnica de enfermagem. Os hipertensos e diabéticos com atraso nos atendimentos e provenientes da busca ativa serão atendidos no mesmo turno para ampliar o cadastro e os atendimentos em dia. Os hipertensos e diabéticos com problemas agudos, também serão atendidos no mesmo turno para agilizar o tratamento de intercorrências. Os usuários que buscam consulta de rotina terão prioridade no agendamento. Os usuários que vierem a consulta sairão da ESF com a próxima consulta agendada.

Também faremos contato com a associação de moradores e com os representantes da comunidade na igreja da área de abrangência e apresentaremos o projeto esclarecendo e informando a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde, abordaremos temas sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg e sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente. Além disso informaremos sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes e outras temáticas. Solicitaremos apoio da comunidade no sentido de ampliar o cadastros dos hipertensos e diabéticos e de esclarecer a comunidade sobre a necessidade de priorização do atendimento deste grupo populacional.

Semanalmente a enfermeira examinará as ficha espelho dos hipertensos e diabéticos identificando aqueles que tem periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia), exames clínicos apropriados, exames laboratoriais e que tenha realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por

ano. O agente comunitário de saúde fará busca ativa de todos os usuários em atraso, estima-se 6 por semana totalizando 24 por mês. Ao fazer a busca já agendará os hipertensos e diabéticos em um horário de sua conveniência. Ao final de cada mês, as informações coletadas na ficha espelho serão consolidadas na planilha eletrônica.

Ao final de semana se informara os usuários faltosos que diariamente os agentes de saúde na comunidade farão busca ativa deles. Tomaremos como estratégia anotar nos prontuários, os números telefônicos dos usuários hipertensos e diabéticos e endereço com todos os dados para facilitar o trabalho dos agentes de saúde. Ao fazer a busca já agendará os hipertensos e diabéticos para um horário de sua conveniência para que sejam atendidos quanto.

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

Nossa equipe teve semanas de muito trabalho, entusiasmo e dedicação para alcançar o cumprimento da maioria das ações previstas, uma vez que a intervenção estava prevista para ser desenvolvida no período de 16 semanas, contudo, ocorreu em 12 semanas, sem prejuízo das ações, isto foi reduzido pelo período da minhas férias. Algumas delas vencidas com muito esforço. Mais não foi em vão por todos os ganhos alcançados, as parcerias formadas com outras entidades e o apoio das mesmas, além da incorporação da população nas atividades desenvolvidas.

Aumentamos o cadastro dos usuários hipertensos e diabéticos da área de abrangência graças ao trabalho dos ACS, os quais tiveram muito empenho e dedicação. É recompensador perceber que a qualidade de vida de nossos hipertensos e diabéticos melhorou pelo acolhimento ofertado a cada dia assim como o estilo de vida, gerando mudanças em suas condutas diárias. Os vídeos, as conversas e as palestras realizadas foram uma arma decisiva pois foram o cenário para transmitir a importância de levar uma dieta saudável, praticar exercícios físicos, ter uma boa saúde bucal, evitar o estresse, a obesidade, tomar os medicamentos regularmente apesar da ausência de sintomas. Visamos promover e prevenir saúde.

Consideramos que temos alcançados nossas metas, fizemos seis palestras, e quatro conversas. As temáticas foram as mais diversas mais sempre objetivando a orientação aos usuários sobre alimentação saudável, risco do tabagismo, a pratica de atividade física e higiene bucal. Foi muito importante nas palestras abordar o tema da continuidade do tratamento pela grande quantidade de usuários que ainda não tem consciência sobre isso, alegando que não apresentam sintomas e não precisam da medicação.

Em todas as atividades desenvolvidas apresentamos uma boa participação da população, contribuindo para que nossa intervenção fosse realizada com boa qualidade. Em todas as reuniões do grupo do hiperdia, as quais são realizadas mensalmente aproveitamos para realizar conversas e outras atividades que incentivassem a população a participar.

Realizamos visitas domiciliares aos usuários hipertensos e diabéticos que não podem comparecer na ESF, estes ficaram muito agradecidos e fizeram muitos elogios a equipe. As visitas foram feitas com ótima qualidade. Realizamos parceria com outras entidades, e com o transcorrer da intervenção, foi realizada a avaliação dos usuários do programa com outras doenças associadas, sendo um grande ganho para a comunidade.

As reuniões de equipe em geral foram conduzidas pela médica e enfermagem sendo discutido o protocolo de hipertensão e diabetes com a participação de todos os profissionais de saúde atuantes na ESF, na primeira reunião tivemos a participação da gestora do município, onde a mesma se comprometeu com a intervenção, oferecendo-nos seu apoio. Durante as reuniões foi estabelecido o papel de cada profissional na ação programática e também foi realizada a capacitação dos ACS para o cadastramento de hipertensos e diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde, treinamento da verificação da pressão arterial de forma criteriosa e realização do hemoglicoteste.

Além da capacitação para realização de busca ativa de hipertensos e diabéticos faltosos. Discutimos os resultados obtidos no decorrer da intervenção. Foi realizado educação continuada na equipe, com tema de RCP (reanimação cardiopulmonar), com ajuda de uma enfermagem do SAMU que mostrou de forma dinâmica as técnicas de RCP, de maneira que a equipe conseguisse compreender e ficar atualizada sobre as principais mudanças em parada cardiorrespiratória. Em geral as reuniões tiveram três horas de duração.

Durante uma das reuniões da equipe recebemos a visita da supervisora estadual, fizemos uma reunião em presença do gestor, o secretário de saúde, falamos as dificuldades que temos na ESF e que apresentamos no projeto da durante a intervenção.

Em relação aos esfigmomanômetro a ESF só contava com um e não tenhamos fitas reativas para fazer os hemoglicoteste, a equipe solicitou ao gestor por escrito desde o início da intervenção e nas reuniões com ele, esta dificuldade foi

mantida durante a intervenção porque o gestor falou que não havia disponibilidade no município para abastecer a cada ESF, estas só eram disponibilizada para o hospital porque chegavam poucas ao município e o hospital tinha prioridade. A equipe usou nas palestras e atividades esfigmomanômetro emprestados, e em algumas consultas fitas reativas doadas pelos usuários.

A ESF teve melhoras quanto ao acolhimento e na atenção ao paciente, este foi feito pela recepcionista no salão de espera, antes da intervenção esta era mais pequena, em pouco tempo com o apoio gestão e o empenho da equipe conseguimos a mudança da ESF para uma sala de espera maior, além disso foi colocado um ventilador que não tinha, agora os usuários têm uma melhor estrutura para aguardarem ao atendimento, também distribuimos materiais de educação sobre hipertensão e diabetes e alimentação, enquanto aguardam atendimento, o que antes da intervenção não era feito.

Nas últimas semanas tivemos que aumentar a quantidade de atendimentos agendados durante a semana para incrementar os usuários avaliados integralmente. As consultas agendadas eram feitas nos dois turnos com 20 minutos disponibilizado para cada um. Isto foi de muito esforço e trabalho em equipe. Referente aos exames laboratoriais no seguimento dos HAS e DM não houve dificuldade. Os exames laboratoriais eram feitos no hospital do município, o tempo de espera e de 3 dias para o recebimento dos exames, isto melhorou muito com a intervenção antes havia muita demora e em ocasiões não recebiam os resultados.

Foram realizadas atividades de educação em saúde de grande aceitação na comunidade. O primeiro tema abordado foi uma palestra sobre como evitar o estresse e suas consequências para hipertensão e diabetes, suas complicações, mas frequentes e outras doenças associadas. A palestra foi muito animada com a participação ativa dos usuários, foi desenvolvida, com a qualidade requerida, e aferimos a pressão arterial de todos os usuários, a maioria encontrava-se normal. Com umas fitas reativas doadas por um usuário, fizemos hemoglicoteste em onze usuários diabéticos. Aproveitamos para indicar a dois hipertensos e um diabético que não tinham exame clínico sua realização. Os usuários assistiram um vídeo sobre técnicas de relaxamento, de acordo com o tema discutido. Foi muito emocionante porque alguns falaram sobre suas experiências envolvendo os demais na situação, e oferecendo seu apoio.

Ainda quanto as atividades de educação em saúde realizamos três palestras na igreja, a primeira foi relacionada com a importância da alimentação saudável a qual é primordial no controle de nossa população alvo. Foi discutido os benefícios dos diferentes alimentos necessários para uma alimentação saudável. Na atividade participaram também filhos e netos de alguns usuários. Realizamos o convite com variedades de frutas sendo neste muito dinâmico e com muito entusiasmo da população.

Na segunda houve participação de todos os profissionais da ESF e o tema tratado foi os pilares fundamentais do tratamento das doenças crônicas. Reiterando sempre a importância do cumprimento do tratamento para manter controlada estas duas doenças e também do tratamento preventivo assim como as dicas para ter um melhor estilo de vida e qualidade de vida, tratando sempre dos fatores de risco para estas doenças. A população gostou muito do tema e participou fazendo perguntas, abordando sobre suas vivências e expondo suas ideias respeito ao tema. O encontro ao final terminou com uma conversa. Além disso falamos sobre a hipertensão e diabetes na idade infantil.

Na terceira e última palestra realizada na igreja tratamos do tema de exercício físico, foi exibido um vídeo sobre a prática da atividade física, e algumas orientações nutricionais, aproveitando o interesse dos usuários sobre a dengue falamos das medidas preventivas para esta doença. A população ficou muito satisfeita e animada sendo assim que alguns fizeram exercícios.

Também foram realizadas ações educativas na ESF uma delas em especial foi muito engraçada, porque os usuários que foram para a palestra aproveitaram a oportunidade para tomar a vacina da influenza. Falamos sobre as principais complicações da hipertensão arterial e a diabetes mellitus. Além disso da importância de tomar continuamente a medicação.

Em outra oportunidade realizamos uma conversa na própria ESF sobre a hipertensão no idoso, abordando diversos temas como sua alimentação, consequências e a realização da atividade física, assim como a obesidade e o sedentarismo, esta atividade foi conduzida pela Psicóloga, também foi levantada a possibilidade de fazer um grupo com hipertensos e obesos para ajudar a emagrecer junto com a nutricionista e apoiado pelo NASF.

As atividades educativas também foram realizadas nas reuniões do grupo de hiperdia, nestas ocasiões aproveitávamos a oportunidade para realizar a aferição da

PA em todos os usuários utilizando dois aparelhos de pressão emprestados por usuários. Realizamos exercícios físicos, os usuários ficaram muito motivados e solicitaram a continuidade dos exercícios físicos; aferimos novamente a pressão e a frequência cardíaca para verificar que estavam normal. Realizamos nestes espaços ainda uma conversa em que eles fizeram muitas perguntas com respeito a sua enfermidade e como manter controlada. Dentro dos temas falados encontrasse novamente os hábitos dietéticos, a realização do exercício físico, o sedentarismo, a obesidade e a continuidade do tratamento farmacológico. Estes temas são muito importantes porque nossa população tem pouca educação a respeito deles.

Fizemos uma palestra sobre a hipertensão na gestação, o tema foi proposto por alguns usuários, além disso falamos sobre a hipertensão na adolescência e na pessoa idosa.

Uma ação educativa de destaque de nossa intervenção foi uma confraternização no grupo hiperdia, em que com recursos próprios compramos alimentos para distribuir aos usuários, aproveitando o marco para festejar as festa juninas na área, com a participação da gestora. Foram exibidos vídeos, realizamos a integração entre os usuários e a equipe através de dança. A atividade foi muito animada fizemos jogos e ao princípio uma pequena conversa dos temas que mais preocupavam aos usuários. A equipe falou da importância do tratamento, e da importância de diminuir os maus hábitos como o tabagismo, o sedentarismo o estresse, além da importância da realização da atividade física. A conversa foi muito animada e os usuários também. Eles foram incorporando-se pouco a pouco. Os alimentos oferecidos foram preparados com precaução tendo em conta o regime dietético. Ao final da atividade aferimos a pressão dos usuários com ajuda de vários esfigmomanômetro emprestados.

Realizamos também atividades de visitas domiciliares, dando prioridade para os usuários que não podem assistir as palestras ou participar das consultas clínicas na ESF por serem muito idosos ou mesmo por apresentar dificuldades motoras, com incapacidade física ou sensitiva, devido a doenças associadas à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus ou ainda por sequelas provocadas por elas. Junto com os ACS visitei os domicílios, o recebimento foi ótimo e a equipe de saúde desenvolveu com um acolhimento de ótima qualidade, foi realizado o exame físico dos usuários e também foi indicado os exames complementares de acordo com o programa, foram fornecidas receitas para adquirir novamente os medicamentos na farmácia popular,

além disso, receberam apoio e orientações com respeito a dieta, o estresse, o tabagismo e a saúde bucal.

A busca ativa foi realizada a todos os usuários que não conseguiram comparecer a consulta previamente agendada, pelos ACS em geral na próxima semana estavam presentes na consulta para avaliar e realizar estratificação de risco, isso não aconteceu muito porque a equipe tomou estratégia, só tivemos três usuários faltosos.

Uma visita que merece destaque foi realizada por uma ação Inter setorial entre a equipe da ESF e o CAPS de referência, a uma paciente obesa, hipertensa e com transtornos de esquizofrenia, de 29 anos de idade com dois filhos pequenos. Nesta visita conseguimos realizar um atendimento com vistas a integralidade, oferecendo cuidados das mais diversas esferas de acordo com a necessidade da paciente.

O trabalho não foi muito difícil, pois trabalhamos com uma população humilde com pouca educação e recursos, porém ao mesmo tempo com vontade de apoiar a equipe, agradecida e acolhedora, carente de médicos, nunca haviam feito parte de um trabalho dessa magnitude. Eles só tinham um médico que assistia três dias na semana e agora mudou para todos os dias da semana e nos dois turnos essa mudança nos ajudou muito nas ações. Também conseguimos incorporar usuários que antigamente não tinham atendimento sistemático e muitos deles não conheciam que eram diabéticos ou hipertensos.

O atendimento odontológico esteve a disposição em quase todo a intervenção, a dentista e a técnica odontologista participaram junto com a equipe nas atividades de promoção e prevenção, nas palestras, conversas e nas visitas domiciliares, onde avaliavam ao paciente quanto a necessidade de atendimento odontológico. A técnica odontológica fazia os agendamentos para os atendimentos, estes eram feitos segundo as necessidades de atendimento odontológico. Só ficamos sem serviços pouco tempo pela mudança do posto odontológico, porém os usuários sempre foram avaliados em quanto a necessidade de atendimento odontológico.

A equipe se reuniu com os líderes da comunidade e o gestor onde fizemos a apresentação do Projeto de intervenção, foram discutidas as dúvidas e escuta de sugestões; isto propiciou a divulgação do projeto na comunidade.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Sobre a organização e gestão do serviço, referente a participação da nutricionista na rotina diária não foi possível porque não temos uma nutricionista só para nossa ESF mas tivemos a participação da profissional em grande parte das atividades e em algumas consultas, oferecendo seus conhecimentos e orientações pertinentes e individualizadas em muitos casos.

Não foi possível a participação dos educadores físicos no grupo de atenção aos hipertensos e diabéticos já os que o município tem estão vinculadas as escolas e não tem disponibilidade para trabalhar com nós, porém a equipe preparava exercícios para orientar a nossa população alvo e incentivar a sua realização. O educador físico só participou em uma atividade ao que foi convidado. O gestor falou que não tem previsão para a contratação de educadores.

Referente a organização do tempo médio de duração das consultas com a finalidade de garantir orientações a nível individual foi possível cumprir em todos os atendimentos, já que muitas vezes as pessoas avaliadas foram idosas com baixo nível escolar o que dificulta a compreensão dos mesmos em muitas ocasiões prolongando-se assim o tempo médio de consulta, sempre tendo em conta a satisfação dos usuários. Também em quanto à realização do hemoglicoteste a maioria dos usuários diabéticos não foram avaliados porque não temos fitas reativas e muitas vezes forem encaminhados para o hospital.

Avaliamos a todos os usuários diabéticos e hipertensos cadastrados nas consultas, mais não alcançamos a cobertura de 100% dos usuários cadastrados, devido ao período de férias, que reduziu a intervenção de 16 semanas para 12 semanas. A equipe tinha uma programação de consultas que teve de alterar e apesar do grande esforço não conseguimos cadastrar a 100% dos hipertensos e diabéticos da ESF.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Em relação às planilhas e fechamento de dados apresentamos dificuldades com o preenchimento dela e o cálculo dos indicadores. Tenho que dizer que sempre a orientadora estava oferecendo o seu apoio e conseguimos resolver as dificuldades encontradas.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

As ações já estão incorporadas e fazem parte da rotina diária de nossa ESF, com o propósito de dar continuidade e expandir a outros programas. Agora a comunidade está informada do projeto e sobre a periodicidade das consultas aos hipertensos e diabéticos.

A equipe pensa continuar, em dar continuidade a todas as atividades desenvolvidas com o projeto de intervenção, e ainda aumentar para outros programas, para que a população não perca o vínculo e a proximidade com a ESF. No futuro pensamos em buscar o apoio total de outras entidades de saúde, isto seria muito bom para melhorar a qualidade de atenção a população. Atualmente nosso foco é fornecer atendimento a todos os usuários da ESF.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

A intervenção teve duração de 12 meses e objetivou a melhoria da atenção à saúde dos hipertensos e diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área de abrangência da unidade de saúde e acompanhados na ESF são Jose, altos/ Piauí na área adstrita.

A intervenção tinha como meta alcançar a cobertura de 100% dos hipertensos e diabéticos da unidade. Não conseguimos alcançá-la no final intervenção conseguimos cadastrar 85,1% (332) hipertensos e 92,4%(133) na área de cobertura.

Apesar de não ter alcançado a meta estabeleceu de cobertura, conseguimos ótimos indicadores nas ações de qualidade, os quais seguem detalhados abaixo.

Objetivo 1. Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 1.1. Cadastrar 100% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Meta 1.2. Cadastrar 100% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

Indicador 1.1. Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.

Indicador 1.2. Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.

Tendo em conta o gráfico 1 podemos verificar o incremento da cobertura dos hipertensos. No mês 1 a cobertura foi de 27,4% (107), no mês 2 aumentamos para 53,8 % (210), e no mês 3 alcançando 85,1%(332).

No gráfico 2 vemos a cobertura dos diabéticos na intervenção, sendo muito similar ao indicador de cobertura de usuários hipertensos. No mês 1 obtemos cobertura de 27,8% (40) dos diabéticos, no segundo mês 47,9%(69) e no terceiro mês alcançamos 92,4% (133) cadastrados.

Os resultados do primeiro e segundo mês, se observados foram baixos se comparados ao terceiro mês de intervenção, acredito ser consequência da adaptação da equipe ao início da intervenção, aceitação da população, e também a redução do horário de trabalho pelos feriados.

Ao final da intervenção, não conseguimos alcançar a meta proposta de cadastrar 100% dos hipertensos e diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde tanto para hipertensos como diabéticos. Alcançamos um 85,1% de hipertensos cadastrados (332) e 92,4% de diabéticos cadastrados (133), porém ficamos muito satisfeitos com os resultados, conseguimos alcança-los devido ao esforço da equipe e organização. Fizemos monitoramento do número de hipertensos e diabéticos cadastrados semanalmente no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde, a equipe garantiu o registro dos hipertensos e diabéticos cadastrados, antes da intervenção não contávamos com um registro adequado para os usuários hipertensos cadastrado, essa foi uma das vantagens e melhorias que a intervenção propiciou. Os usuários se mostraram muito interessados, gerando uma participação maior da comunidade.

Acreditamos que não conseguimos alcançar a meta devido a redução do tempo de intervenção de 16 para 12 semanas, devido as férias que ocorreram durante o período de intervenção, e outros inconvenientes que foram aparecendo durante a intervenção. A equipe só contava com um esfigmomanômetro, manguito, fita métrica na unidade de saúde, em ocasiões usávamos outros emprestados dos usuários que participavam nas atividades, não contamos com fita reativa para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde. Tivemos os alguns usuários hipertensos e diabéticos que não são acompanhados pela nossa ESF, dirigindo-se diretamente aos especialistas, outros óbitos, e outros que já não moram na área, considero que isto também influiu muito em nossos resultados.

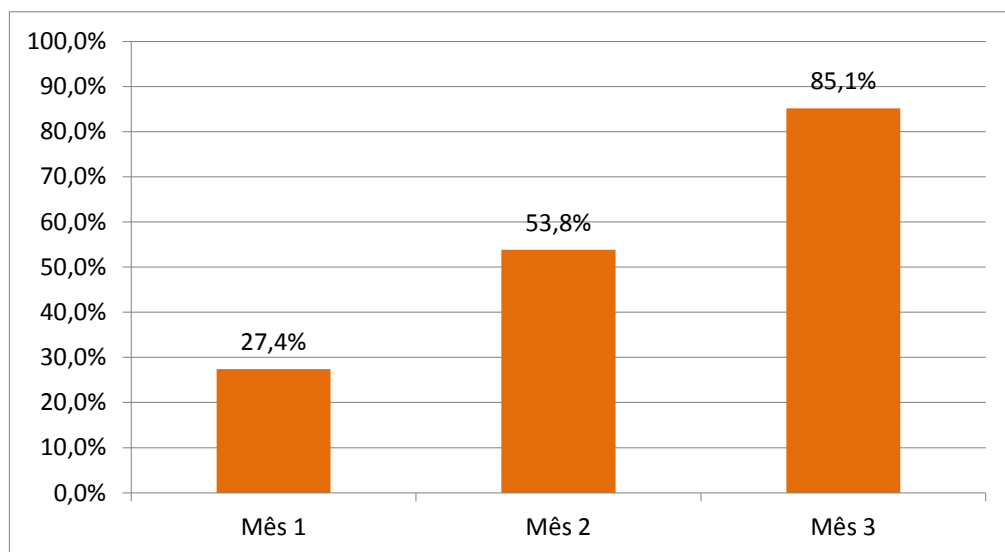


Gráfico 1: cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.

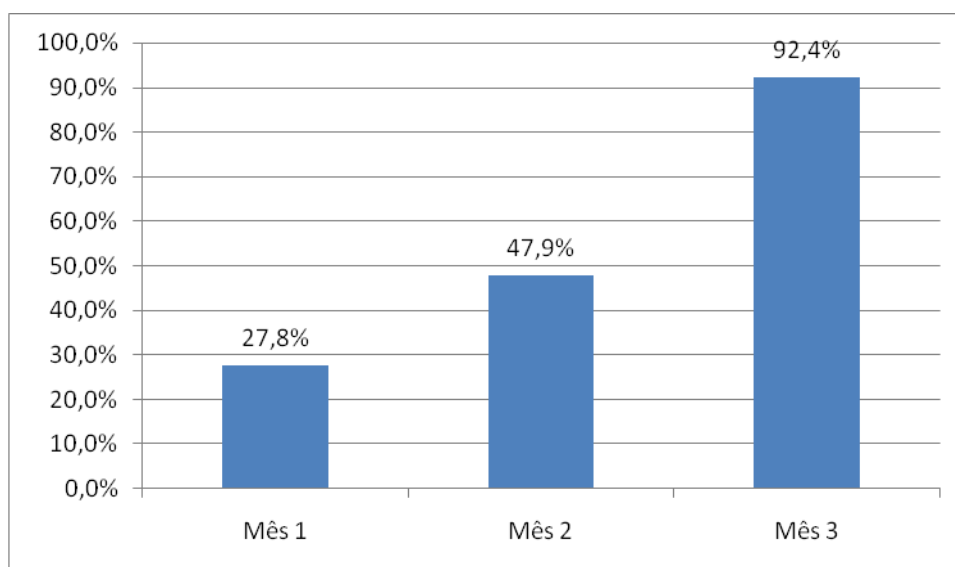


Gráfico 2: cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.

Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 2.1. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Meta 2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Indicador 2.1. Proporção de hipertensos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Indicador 2.2. Proporção de diabéticos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Quanto a cobertura de hipertensos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo conseguimos alcançar a meta de 100% nos três meses de intervenção, no primeiro mês tivemos 107 hipertensos com exame clínico apropriado, no segundo mês 207 e no terceiro mês 332.

No caso da cobertura dos diabéticos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo foram realizados no primeiro mês 40 exames clínicos apropriados, no segundo mês 69 e no terceiro mês 133, alcançando 100% nos três meses de intervenção.

A realização do exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos é/ou diabéticos foi alcançado graças ao esforço realizado, tendo em vista que cada paciente tem que ser avaliado de forma integral dada a importância do exame clínico para determinar complicações destas duas doenças, Em cada um de nossas ações educativas explicamos e orientamos quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e a diabetes e sobre a importância do cuidado com os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

Não tivemos nenhuma dificuldade para a realização do exame clínico, foram definidas as atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários hipertensos e diabéticos, o pessoal foi capacitado de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde, garantindo a atualização dos profissionais, além disso na ESF contamos com a versão atualizada do protocolo impressa.

Meta 2.3. Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.4. Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.3. Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.4. Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Quanto a proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo no primeiro mês tivemos 98,1%(105), no mês dos 99,0%(208), no mês três 99,4%(330) dos usuários hipertensos com os exames complementares em dia.

Os diabéticos apresentaram uma cobertura semelhante, no primeiro mês alcançamos 97,5%(39) dos diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo, no segundo mês 98,6%(68) e no terceiro mês 99,2%(132) dos diabéticos cadastrados com exames complementares em dia.

As metas deram garantir 100% dos hipertensos e diabéticos com a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo, não conseguimos cumprir, apesar da equipe monitorar semanalmente o número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde, tivemos usuários que por problemas pessoais não conseguiram realizar a tempo os exames complementares e outros que não tinham conhecimento sobre a importância de ter os exames complementares em dia. A equipe realizou um grande trabalho de conscientização com os usuários e a comunidade, orientando quanto a necessidade da realização de exames complementares e a periodicidade com que devem ser realizados.

Por outro lado, influuiu positivamente nos resultados, nossa ESF não apresentou dificuldade com o material para garantir a solicitação dos exames complementares, e a equipe foi capacitada para seguir o protocolo para solicitação de exames complementares. Por parte do laboratório clinico do hospital e o gestor tivemos uma boa colaboração e a organização entrega de resultados foi ótima.

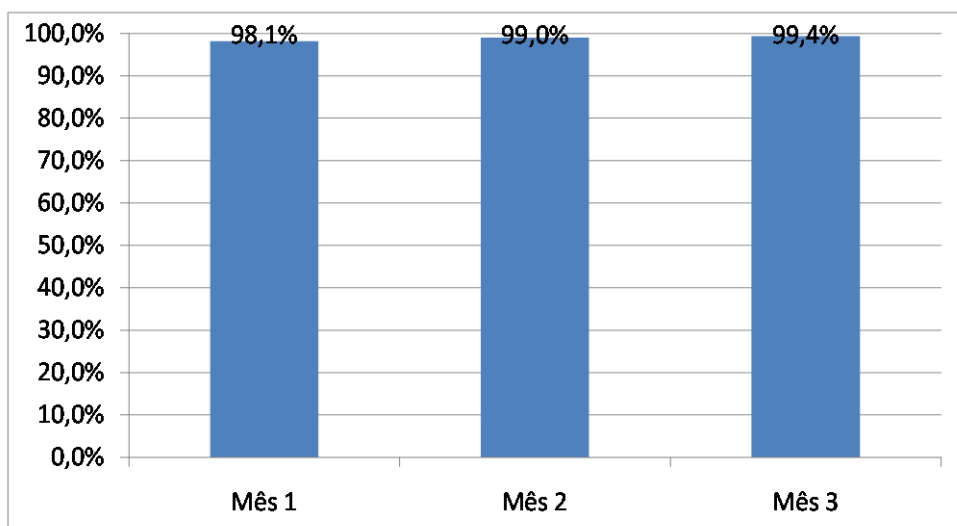


Gráfico 5 Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

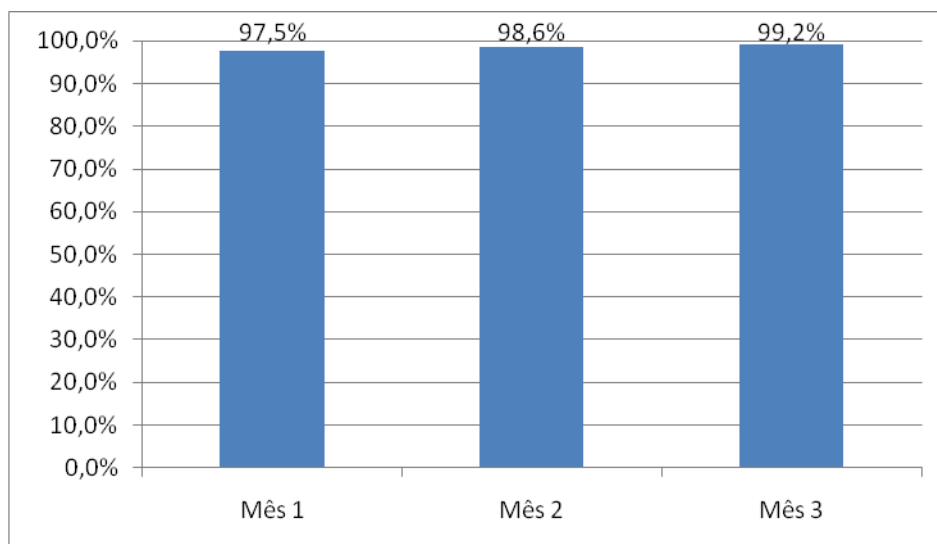


Gráfico 6 Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo

Meta 2.5. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.6. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2.5. Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

Indicador 2.6. Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

Alcançamos durante a intervenção 100% dos hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada, sendo 107 no primeiro mês, 210 no segundo mês e 332 no terceiro mês.

Quanto aos diabéticos 40 tiveram prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada no primeiro mês de intervenção, no segundo mês foram 69 e no terceiro mês 133, totalizando 100% dos diabéticos nos três meses de intervenção.

Conseguimos alcançar a meta de priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde. Isto foi possível porque a equipe ficou monitorando o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia trabalhando em conjunto, também realizamos um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde que anteriormente não existia, isto facilitou o trabalho, além de que constantemente a população foi orientada quanto ao direito de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso. As capacitações da equipe a respeito do tema e as atualizações do profissional no tratamento da hipertensão e diabetes influenciou positivamente nos resultados.

Meta 2.7. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

Meta 2.8. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Indicador 2.7. Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Indicador 2.8. Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Foi realizada avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos cadastrados nos três meses de intervenção, sendo 107 no primeiro mês de intervenção, 210 no segundo mês e 332 no terceiro mês de intervenção.

Quanto a proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico alcançamos o 100% nos três meses de intervenção, sendo 40 no primeiro mês, 69 no segundo mês e 133 no terceiro mês de intervenção.

Alcançamos 100% dos usuários hipertensos e diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico, cumprindo a meta estipulada. No último mês, tivemos problema com o serviço de odontologia, devido mudanças estruturais na ESF, porém os usuários não ficaram sem avaliação, o serviço odontologia

passou a funcionar apenas duas vezes na semana nos dois turnos, ocasionando uma sobrecarga de trabalho nos dias de atendimento odontológico. Por outro lado, a equipe monitorava os hipertensos e diabéticos que necessitam de atendimento odontológico semanalmente.

Os usuários hipertensos e diabéticos foram avaliados nas visitas domiciliares, nas palestras e nas consultas, organizando a agenda de saúde bucal para a realização do atendimento dos hipertensos provenientes da avaliação da necessidade de atendimento devido as possíveis complicações que podem vir a acontecendo durante um atendimento odontológico, assim como o não tratamento das doenças odontológicas e suas consequências. As capacitações da equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos permitiu que a população ficasse orientada sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente dos hipertensos e diabéticos, estes eram informados tanto na ESF, nas consultas, como em suas casas, também utilizamos as palestras, e outros métodos educativos disponíveis.

Objetivo 3. Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa

Meta 3.1. Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Meta 3.2. Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.1. Proporção de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Indicador 3.2. Proporção de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Alcançamos 100% dos hipertensos de busca ativa, aos hipertensos faltosos as consultas, nos três meses de intervenção houve três busca ativa de faltosos as consultas, alcançando 100% de busca ativa nos três meses de intervenção.

Já quanto aos diabéticos, não houve busca ativa, uma vez que não houve diabéticos faltosos nas consultas. No caso do gráfico 12 que mostra a proporção de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa podemos ver que não

temos usuários diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa, isto foi um logro de nosso trabalho.

Para alcançar esta meta de buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada, a equipe monitorou o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo semanalmente para que os usuários faltosos fossem recuperados imediatamente organizando as visitas domiciliares para buscar os faltosos e a agenda para acolher os hipertensos provenientes das buscas domiciliares. Os ACS forem capacitados para a orientação de hipertensos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade isto permitiu que a comunidades fiquem orientados sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas e sobre a importância de realização das consultas

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações

Meta 4.1. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 4.2. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 4.1. Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Indicador 4.2. Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Com respeito a proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento, este indicador foi evoluindo da seguinte maneira no primeiro mês 107, no segundo mês 210, e no terceiro o mês 332, alcançando 100% durante todos meses de intervenção.

No caso da proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento, os resultados obtidos se comportaram da seguinte forma, no primeiro mês 140, no segundo mês 69 e no terceiro mês 133, alcançando 100% nos três meses de intervenção. Para um 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Ao final da intervenção alcançamos a meta de manter a ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos diabéticos cadastrados na unidade de saúde, nossa equipe não apresentou nenhuma complicação para o bom acompanhamento de 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados. Monitorar a qualidade dos registros de hipertensos acompanhados na unidade de saúde. Os dados preenchidos foram registrados de maneira adequada pelo pessoal responsável em todas as fichas de acompanhamento, estas foram monitoradas e avaliadas todas as semanas de forma tal que permitiram o controle dos usuários hipertensos e diabéticos. A equipe foi capacitada no preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento dos hipertensos e diabéticos, assim como para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas permitindo assim o melhor registro das informações e com ótima qualidade.

Objetivo 5. Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

Meta 5.1. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 5.2. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 5.1 Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.

Indicador 5.2. Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.

Observando a proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia, vemos que alcançamos 100% de cobertura durante os três meses de intervenção, sendo 107 no primeiro mês, 210 no segundo mês e 332 no terceiro mês.

No caso da proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia, vemos que no primeiro mês foram avaliados 40 diabéticos, no segundo mês 69 e no terceiro mês 133, totalizando 100% dos diabéticos nos três meses de intervenção.

Ao finalizar nossa intervenção cumprimos com nossas metas propostas de realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde, dada a importância da estratificação do risco cardiovascular dos hipertensos e diabéticos sendo uma das formas de ter mais controle e manejo destas duas doenças, prever complicações futuras nos órgãos alvos e manter aos usuários com melhor qualidade de vida, reduzindo a morbimortalidade por complicações. A equipe ficou monitorando semanalmente o número de usuários hipertensos e diabéticos com a realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano, as capacitações realizadas para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo assim como para a importância do registro desta avaliação e quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis facilitou nosso trabalho permitindo os resultados obtidos.

Os usuários cadastrados foram avaliados e orientados quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular assim como à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação) nas visitas domiciliares feitas pelo equipe todo ou nas consultas, nas conversas, palestras e outras atividades feitas, muitos forem avaliados por médicos cardiologista caso de precisassem tendo em conta o alto risco. Temos que falar que a ESF não conta com médico cardiologista próprio pôr em, em ocasiões nós apoiamos das teles saúdes realizadas para melhor orientação e pronta atenção.

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

Meta 6.1. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Meta 6.2. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

Indicador 6.1. Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Indicador 6.2. Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Obtivemos 107 hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável, no primeiro mês, 210 no segundo mês e 332 no terceiro mês alcançando 100% hipertensos cadastrados nos três meses de intervenção.

A situação dos diabéticos foi bastante semelhante, no primeiro mês foram 40 diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável, no segundo mês 69 e no terceiro mês 133, totalizando 100% dos diabéticos nos três meses de intervenção.

Os resultados obtidos para as metas sobre orientação nutricional são muito positivos, 100% dos hipertensos e diabéticos receberam orientações, alcançamos estes índices com o apoio de toda a equipe, as capacitações sobre práticas de alimentação saudável e sobre metodologias de educação em saúde foram muito importante, além do apoio da nutricionista que embora que não trabalhe na ESF ficou durante a intervenção apoiando as atividades feitas, as palestras, conversas, vídeos, convites e práticas coletivas sobre alimentação saudável. Também recebemos apoio da psicóloga que promoveu a formação de um grupo para o emagrecimento. As atividades possibilitaram mudança no estilo de vida de muitos usuários e incentivo à os outros quanto a mudança do habito alimentares.

Meta 6.3. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos.

Meta 6.4. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos.

Indicador 6.3. Proporção de hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Indicador 6.4. Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

A cobertura de hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física se apresentou da seguinte forma: no primeiro mês a cobertura foi do 107 hipertensos, no segundo mês de 210 e no terceiro mês de 332 alcançando 100% dos hipertensos cadastrados nos três meses de intervenção.

Os diabéticos também receberam orientação sobre prática regular de atividade física, sendo 40 no primeiro mês, 69 no segundo mês e 132 no terceiro mês, alcançando 100% de cobertura nos três meses de intervenção.

Conseguimos alcançar as metas de garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos e diabéticos, embora não tenha sido possível a participação dos educadores físicos, já que os que o município tem estão vinculados as escolas e não tem disponibilidade, isto foi uma grande dificuldade mais não impediu de alcançarmos resultados positivos. A equipe foi capacitada sobre a promoção da prática de atividade física regular e sobre a metodologias de educação em saúde o que permitiu a preparação de exercícios para orientar a nossa população alvo sobre a importância da prática de atividade física regular e incentivar a realização das atividades e a incorporação em suas rotinas diárias.

Meta 6.5. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.

Meta 6.6. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.

Indicador 6.5. Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Indicador 6.6. Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Os resultados das orientações sobre os riscos do tabagismo foram bastante favoráveis, orientamos 107 no primeiro mês, 210 no segundo mês e 332 no terceiro mês de intervenção.

No primeiro mês foram orientados 40 diabéticos quanto aos riscos do tabagismo, no segundo mês 69 e no terceiro mês 132 diabéticos, alcançando 100% nos três meses de intervenção.

A orientação sobre os riscos do tabagismo foi realizada a 100% dos usuários hipertensos e diabéticos, devido as capacitações da equipe de saúde para o tratamento de tabagistas e sobre metodologias de educação em saúde o que permitiu a equipe orientar constantemente os usuários hipertensos e diabéticos e a

população, em todas as palestras conversas, encontros, nas consultas e visitas domiciliares, apoiando-nos também de outros meios de divulgação na existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

O trabalho foi difícil, em especial para a população tabagista crônica. A equipe recebeu apoio da psicóloga do CAPS, ainda que não trabalhe conosco em tempo integral, seu apoio para a avaliação de alguns usuários e a sua participação em algumas atividades, oferecendo terapias ocupacionais e outras técnicas para diminuir o tabagismo. Todas as atividades feitas ajudaram a modificar os estilos de vida dos usuários e aumentar hábitos saudáveis.

Meta 6.7. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos

Meta 6.8. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos.

Indicador 6.7. Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Indicador 6.8. Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Nos três meses de intervenção foram orientados 100% dos hipertensos cadastrados quanto a importância da saúde bucal, sendo 107 no primeiro mês, 210 no segundo mês e 332 no terceiro mês de intervenção.

Os diabéticos, assim como os hipertensos receberam orientação sobre a importância da saúde bucal em sua totalidade, 100% nos três meses de intervenção, sendo 40 no primeiro mês, 69 no segundo mês e 132 no terceiro mês de intervenção.

Conseguimos alcançar a 100% dos hipertensos e diabéticos com orientação quanto a higiene bucal nos três meses de intervenção, realizamos capacitação da equipe para oferecer orientações de higiene bucal o que facilitou nosso trabalho. Nas palestras, conversas e visitas domiciliares fizemos orientação da população, distribuimos materiais para aumentar a educação de hábitos saudáveis. O trabalho foi monitorado semanalmente, além de organizar o tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual, houve algumas dificuldades quanto ao atendimento individual, logo que o atendimento do dentista é realizado somente três dias na semana.

4.2 Discussão

A intervenção na minha unidade de saúde propiciou a melhoria do atendimento aos hipertensos e diabéticos, ampliando a cobertura. Também houve melhoria dos registros, mantendo o registro adequado para cada paciente, destaco ainda a qualificação da atenção com ampliação da cobertura do exame dos pés para os diabéticos e a classificação de risco de ambos os grupos. Priorizamos a prescrição de medicamentos da farmácia popular, assim como a avaliação da necessidade de atendimento odontológico. Melhoramos a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa com busca ativa dos faltosos às consultas. Foi promovida a saúde de hipertensos e diabéticos cadastrados com ampliação da atenção a toda a população.

A intervenção exigiu que a equipe se capacitasse para seguir as recomendações do Ministério da Saúde relativas ao rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento da Hipertensão e Diabetes. Esta atividade promoveu o trabalho integrado da médica, da enfermeira, da auxiliar de enfermagem, dos profissionais do serviço de saúde bucal, dos ACS, da nutricionista e da recepção.

Cada um dos membros da equipe realizou as atribuições correspondentes. A enfermagem, a médica (eu) e o cirurgião dentista realizaram assistência integral aos hipertensos e diabéticos cadastrados na Unidade de Saúde da Família, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários. Realizamos as consultas solicitando exames complementares avaliando aos usuários quanto o risco cardiovascular e realizando o exame clínico adequado. Além disso as palestras realizadas foram preparadas pela enfermagem e a médica o que facilitou o desenvolvimento das ações assim como a orientação da população. A enfermagem realizou o monitoramento e avaliação dos registros todas as semanas contribuindo para a melhorar a qualidade dos mesmos, também monitoramos as atividades realizadas semanalmente.

Os ACS tiveram função muito importante eles realizaram o mapeamento de sua área. Desenvolveram o cadastro dos hipertensos e diabéticos atualizado permanentemente, identificando os usuários com risco. Além de orientar a população para utilização adequada dos serviços de saúde, encaminhando-as e até agendando consultas, exames e atendimento odontológico, quando necessário.

Houve a participação da nutricionista em algumas atividades. O acolhimento foi feito pela auxiliar de enfermagem assim como pela recepcionista, o acolhimento melhorou muito após a instalação pelo gestor de dois ventiladores na sala de espera.

Ao final da intervenção a equipe ficou mais organizada para o desenvolvimento do trabalho e com perspectiva de dar continuidade ao trabalho e assim alcançar um controle total destas doenças. Buscou-se através de ações educativas realizar mudanças nos estilos e modo de vida da população, não só para os hipertensos e diabéticos também para o resto da população que participou na intervenção, estimulando eles nas mudanças hábitos e melhorando sua qualidade de vida. Melhorou o vínculo do profissional com os usuários, a partir de um acolhimento qualificado, o que influenciou na busca de atendimentos. Cada um dos membros da equipe realizou as atribuições correspondente. Isto acabou tendo impacto também em outras atividades melhorando a qualidade da atenção também em outras ações como a saúde da criança, pré-natal e puerpério a prevenção do câncer de colo de útero e controle do câncer de mama, saúde do Idoso, além de outras doenças como hanseníase, tuberculose, na saúde bucal na população toda. A intervenção melhorou o trabalho conjunto com o CAPS e o NASF. Melhoramos a comunicação com a farmácia popular e o hospital.

Antes da intervenção as atividades de atenção a Hipertensão e Diabetes eram concentradas na médica, não tínhamos um bom registro dos hipertensos e diabéticos, o acolhimento não era o melhor, os serviços de odontologia tinham muitas falhas, além disso a organização dentro da equipe não era adequada. A intervenção reviu as atribuições da equipe viabilizando a atenção a um maior número de pessoas. Melhorou o registro e o agendamento dos Hipertensos e Diabéticos viabilizou a otimização da agenda para a atenção à demanda espontânea o que foi estendido para outros programas. A classificação de risco dos hipertensos e diabéticos tem sido cruciais para apoiar a priorização do atendimento dos mesmos.

O impacto da intervenção foi percebido pela comunidade que nunca havia sido envolvido em um projeto dessa magnitude, os hipertensos e diabéticos demonstram satisfação com a prioridade do atendimento, assim como as lideranças comunitárias, os quais colaboraram muito no desenvolvimento das ações da intervenção. Forem realizadas atividades como palestras, as conversas onde forem

votados vídeos, todas estas atividades realizadas pela equipe de saúde foram uma arma decisiva e importante para a comunidade e a população aumentando a adesão pois foram o cenário para transmitir a importância de levar uma dieta saudável, praticar exercícios físicos, ter uma boa saúde bucal, evitar o estresse, a obesidade, tomar os medicamentos regularmente apesar da ausência de sintomas. Visamos promover e prevenir saúde.

Apesar da ampliação da cobertura do programa ainda temos muitos hipertensos e diabéticos sem cobertura iremos manter o trabalho, estendendo a cobertura para outras ações e assim ampliando a cobertura de atenção na comunidade.

A intervenção poderia ter sido facilitada se desde a análise situacional tivesse sido discutido as atividades que estavam sendo desenvolvidas com a equipe. Também realizaria uma melhor articulação com os líderes da comunidade e o gestor, solicitando e ressaltando os recursos necessários para a intervenção, além de discutir a melhor maneira para conseguir o material necessário já que houve muitos itens faltosos.

Durante o desenvolvimento da intervenção não houve fornecimento de fita reativa para a realização de hemoglicoteste nos usuários diabéticos, além disso só contamos com um aparelho para a realização de hemoglicoteste e um esfigmomanômetro, o que dificultou o trabalho em diversas situações. Também seria discutido com o gestor quanto a possibilidade de contratar um educador físico para a ESF, assim como seria melhor organizada a agenda da nutricionista e da psicóloga para realizar a avaliação dos usuários de risco. Com o fim da intervenção, percebemos que a equipe está integrada, porém, como vamos incorporar a intervenção a rotina do serviço, teremos condições de superar algumas das dificuldades encontradas.

A intervenção está sendo incorporada a rotina do serviço. Para isto, vamos ampliar o trabalho de conscientização na comunidade em relação a necessidade de priorização da atenção dos hipertensos e diabéticos, em especial os de alto risco.

Vamos adequar a ficha dos hipertensos e diabéticos para poder coletar e monitorar todos os indicadores que tínhamos previsto. Aumentar a conscientização dos hipertensos e diabéticos que não são acompanhados por nossa ESF residentes na área de abrangência para que se incorporem a mesma e assim aumentar a cobertura e cadastro.

A partir do próximo mês, pretendemos investir na ampliação de cobertura dos hipertensos e diabéticos. Tomando este projeto como exemplo, também pretendemos implementar o programa de prevenção do câncer de colo de útero e de pré-natal na ESF.

5 Relatório da intervenção para gestores

Nosso Relatório apresenta como foi implementada a intervenção sobre a Melhoria da atenção a saúde das pessoas com hipertensão e diabetes na ESF São Jose ESF, Altos /PI, município Altos/Piauí, e teve 12 semanas de duração.

As ações foram planejadas e desenvolvidas de acordo com os eixos do Projeto do Curso de Especialização a distância: monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço; engajamento público, e qualificação da prática clínica. A intervenção ocorreu entre os meses abril e agosto de 2015.

Na perspectiva de melhorar a Atenção a Saúde dos Hipertensos na ESF São Jose foram realizados encontros semanais com os usuários e a participação da nutricionista e odontóloga, antes eram feitos só uma vez no mês. Os primeiros encontros acontecerem todas as semanas na igreja do povo e na ESF, onde desenvolvemos palestras e conversas. Essas atividades foram inseridas na rotina do serviço e estão sendo avaliadas como satisfatórias, pois esse momento do grupo tem possibilitado a construção de vínculos, o reforço do autocuidado e da corresponsabilidade dos hipertensos e/ou diabéticos acompanhados pela ESF. Apresentaram-se vídeos educativos com momentos para considerações e esclarecimento de dúvidas.

No início da intervenção não tínhamos um controle da maioria dos usuários com hipertensão, a adesão era baixa. A cobertura era de 390 hipertensos, 56% da cobertura proposta pelo ministério de saude, 144 diabéticos, 72% da cobertura. O conhecimento sobre as doenças que eles apresentam, sobre a alimentação adequada, a pratica de exercícios físicos era insuficiente, também existia muitos faltosos as consultas o que dificultava um correto seguimento e tratamento clinico adequado.

Durante a intervenção fizemos contato com o gestor municipal para dispor de todas as fichas espelho necessárias. Utilizamos a planilha eletrônica de coleta de dados. Para organizar o registro específico do programa, a enfermeira revisou o livro de registro identificando os usuários que vieram ao serviço para ser acompanhados nos últimos 3 meses. Localizando os prontuários dos hipertensos e diabéticos e transcrevendo todas as informações disponíveis no prontuário para a ficha espelho.

O monitoramento foi realizado semanalmente pela enfermeira que anexava uma anotação sobre consultas em atraso, exames clínicos e laboratoriais, estratificação de risco cardiovascular, assim como promoção de saúde. Isto permitiu que na final intervenção conseguíssemos cadastrar 85,1% (332) hipertensos e 92,4%(133) diabéticos na área de cobertura, com ótima qualidade, alcançamos a meta de manter a ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde, assim como foi realizado o exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos e/ou diabéticos permitindo um incremento da prevenção e controle da hipertensão e diabetes. Ampliamos a proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo 99,4%(330) e 99,2%(132) de diabéticos. Todas estas ações desenvolvidas daremos continuidade exigindo o comprometimento e dedicação de toda a equipe, além do treinamento específico necessário, proporcionado através de capacitações e reuniões de equipe.

Disponibilizamos a versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde e material necessário para o atendimento isto nos serviu de guia para as capacitações da equipe de saúde sobre o trabalho a realizar com os usuários nas consultas e nas comunidades.

Ao início da intervenção os hipertensos e diabéticos não estavam recebendo os medicamentos nas farmácias populares, durante a intervenção procuramos prescrever medicamentos da farmácia popular, possibilitando o acesso aos fármacos a toda a população realizamos um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde que anteriormente não existia, além de capacitações da equipe a respeito do tema e as atualizações dos profissionais no tratamento da hipertensão e diabetes, conseguindo alcançar a meta de priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Antes da intervenção o serviço odontológico na estava muito bom, o cirurgião dentista só prestava atenção duas vezes na semana nos turnos da manhã, isto melhorou depois da intervenção e devidos aos planejamentos com o gestor de pelo menos disponibilizar os serviços odontológico duas vezes na semana nas duas sessões. Os usuários não tinham avaliação da necessidade de atendimento odontológico, a equipe odontológica não participava nas atividades de promoção e prevenção. Ao final da intervenção alcançamos o 100% dos usuários hipertensos e diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico, cumprindo a meta estipulada. Os usuários hipertensos e diabéticos forem avaliados nas visitas domiciliares, nas palestras e nas consultas.

Alcançamos 100% dos hipertensos de busca ativa dos hipertensos faltosos as consultas, a equipe monitorou o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo semanalmente para que os usuários faltosos fossem recuperados imediatamente organizando as visitas domiciliares para buscar os faltosos e a agenda para acolher os hipertensos provenientes das buscas domiciliares. Os ACS forem capacitados para a orientação de hipertensos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade isto permitiu que a comunidades fiquem orientados sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas e sobre a importância de realização das consultas.

Foram realizadas atividades de educação em serviço a fim de contribuir ao maior conhecimento acerca dos temas de interesse coletivo e facilitou o trabalho de cada um dos profissionais de saúde os temas abordados foram alimentação saudável, prática regular de atividade física, riscos do tabagismo e sobre higiene bucal, sendo necessário que a gestão central facilite estas iniciativas. Isto permitiu que ao final da intervenção os usuários fossem constantemente orientados, não só os hipertensos e diabéticos também a população toda, promovendo a saúde de hipertensos e diabéticos ao 100% e da comunidade.

Ao final da intervenção a equipe ficou mais organizada para o desenvolvimento do trabalho e com perspectiva de dar continuidade ao trabalho e assim alcançar um controle total destas doenças. Se realizou mudanças nos estilos e modo de vida da população, não só para os hipertensos e diabéticos também para o resto da população, estimulando mudanças de hábitos e melhorando sua qualidade de vida. A comunidade ficou envolvida nas ações educativas desenvolvidas na ESF.

Durante o desenvolvimento da intervenção não houve fornecimento de fita reativa para a realização de hemoglicoteste nos usuários diabéticos, além disso só contamos com um aparelho para a realização de hemoglicoteste e um esfigmomanômetro, o que dificultou o trabalho em diversas situações. É necessário ampliar o trabalho de conscientização na comunidade em relação a necessidade de priorização da atenção dos hipertensos e diabéticos, em especial os de alto risco, para alcançar uma cobertura de 100% dos usuários hipertensos e diabéticos cadastrados.

A intervenção poderia ter sido facilitada se houvesse uma melhor articulação com os líderes da comunidade e o gestor, o fornecimento do material e recursos necessários para a intervenção, além de discutir a melhor maneira para conseguir o material necessário já que houve muitos itens faltosos.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

A intervenção da realizada na ESF São Jose do município Altos, estado Piauí, teve como objetivo melhorar a atenção a hipertensos e diabéticos. A população da ESF é de 3500, sendo que 2345 pessoas com 20 anos ou mais, destes 390 hipertensos e 144 diabéticos os quais fazem parte de nossa intervenção.

Para a realização da intervenção foi realizado reuniões com a equipe de saúde, lideranças comunitárias para apresentação do Projeto e informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus na unidade de saúde e sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente. Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg e a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

Foi realizado capacitações dos profissionais da equipe, da logística e o estabelecimento do papel de cada profissional na ação programática. Monitoramento e avaliação dos usuários hipertensos e/ou diabéticos quanto ao cadastramento no Programa HIPERDIA e registro atualizado no prontuário e ficha espelho. Cadastramento dos usuários hipertensos e/ou diabéticos com avaliação odontológica e estratificação de risco. Melhorar o acolhimento para os usuários hipertensão e diabéticos e avaliação dos indicadores propostos na intervenção. Garantir com o gestor municipal agilidade para exames complementares.

Com o desenvolvimento da intervenção realizamos palestras na igreja e na ESF, assim como conversas e outras atividades, como convite, as reuniões de hiperdia que não tinham boa participação da população, o que foi aumentando com o desenvolvimento da mesma. Nesses encontros ocorreu a apresentação de vídeos educativos sobre diversas temáticas com a participação da nutricionista, a psicóloga, e o equipe de odontologia, oportunizando debates, considerações e esclarecimentos

de dúvidas para a população, incentivando a participação dos hipertensos e diabéticos e o resto da população.

Após a intervenção constatou-se que houveram grandes melhorias nos atendimentos aos hipertensos e diabéticos da ESF. Com a intervenção melhoramos a Atenção à Saúde dos hipertensos e diabéticos na população de 20 anos o mais, na ESF São Jose, Altos, ampliamos cobertura dos hipertensos e diabéticos cadastrados, chegamos a 332 da cobertura de hipertensos e 133 dos diabéticos.

Foi melhorada a qualidade da atenção dos hipertensos e diabéticos, assim como adesão de hipertensos e diabéticos ao programa e o registro das informações. Alcançamos o acompanhamento de 100% dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde, assim como foi realizado o exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos e/ou diabéticos permitindo um incremento da prevenção e controle da hipertensão e diabetes. Ampliamos a proporção de hipertensos e/ou diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo 99,4%(330) e 99,2%(132) respectivamente.

Para facilitar o acesso aos fármacos a toda a população realizamos um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde que anteriormente não existia, além de capacitações da equipe respeito do tema e as atualizações do profissional no tratamento da hipertensão e diabetes, conseguindo a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Ao final da intervenção alcançamos o 100% dos usuários hipertensos e diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico, o que permitiu o acesso a comunidade ao serviço que antes estava mais restringida.

Foram realizadas atividades de educação em serviço a fim de incrementar um conjunto de capacitações que contribuindo ao maior conhecimento acerca dos temas de interesse coletivo o que facilitou o trabalho de cada uns dos profissionais de saúde, foram desenvolvidos temas como alimentação saudável, prática regular de atividade física, riscos do tabagismo, higiene bucal, sendo necessário que a gestão central facilite estas iniciativas. Isto permitiu que ao final da intervenção os usuários fossem constantemente orientados, não só os hipertensos e diabéticos também a população toda, promovendo a saúde de hipertensos e diabéticos ao 100% e da comunidade.

Após a realização da intervenção constatou-se que os objetivos inicialmente propostos foram cumpridos, mesmo que de forma parcial, e que trouxeram melhoria da adesão. Indiretamente houve qualificação da atenção prestada pela ESF de São Jose aos usuários hipertensos e/ou diabéticos, pois o tema passou a receber destaque no dia a dia dos profissionais e da população. Todas as ações feitas e planejadas permitiram promover a saúde dos hipertensos e diabéticos cadastrados e da população geral. Esperasse que a comunidade continue contribuindo na continuidade destas ações e ao aperfeiçoamento do programa. Assim como a ampliação aos outros programas.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

O curso foi uma experiência nova, assim como fazer parte do programa Mais Médicos para o Brasil, iniciei a participação no programa e no curso de especialização a distância cheia de expectativas e esperança, por estar em um país diferente realizando um intercâmbio de conhecimentos de saúde e aprendendo saberes novos e diferentes.

O início de nosso curso foi bem complicado, porém em seguida me adaptei ao ambiente de aprendizagem, tive auxílio em muitas dúvidas de minha orientadora, a qual forneceu apoio para minha aprendizagem, motivando-me a cada dia para estudar mais e aperfeiçoar meus conhecimentos. Comecei a participar dos fóruns, interagir com alguns colegas, professores e coordenadores, aprender conteúdos, e fiquei ainda mais maravilhada, porque ajudou na melhoria de meu idioma, assim como comecei a conhecer o sistema de saúde brasileiro.

Comecei a empregar os novos conhecimentos adquiridos em minha ESF, e compartilhei os aprendizados com a equipe em que trabalho e as experiências, com outros profissionais. Passei por algumas dificuldades e desânimo, porém, continuei fazendo meu melhor, me esforçando para continuar com o projeto de intervenção até chegar ao final, e ainda tenho muito caminho pela frente. Apresentei dificuldades no desenvolvimento da intervenção pois acreditava que ia ser muito difícil sua realização, mais não foi, contei com o apoio de toda equipe de saúde e também da comunidade que logo de conheceu os propósitos foi vinculando-se a intervenção e aceitando todas as atividades planejadas. Considero satisfatória a realização da minha intervenção com os resultados alcançados, e com meu aprendizado.

O curso de especialização em saúde da família da UFPel significou para a minha prática profissional a possibilidade de adquirir novos conhecimentos acerca da

Estratégia Saúde da Família brasileira, aprender outro idioma, facilitando cada dia mais minha comunicação e interação com o povo, aprendendo seus costumes. Também tive a oportunidade de realizar mudanças no meu processo de trabalho, e dos membros da equipe da ESF de São Jose aprendendo o funcionamento do sistema de saúde, assim como me permitiu realizar mudanças nos estilos e modo de vida dos usuários hipertensos e/ou diabéticos acompanhados na ESF e na comunidade.

Os aprendizados mais relevantes decorrentes do curso foram o planejamento das ações em saúde, o conceito e organização da demanda espontânea na Estratégia Saúde da Família e a organização do processo de trabalho dos membros da equipe.

Aprendi nesse curso a planejar ações em saúde baseadas nas dificuldades da população, priorizar ações direcionadas para promover e lograr um impacto no processo de saúde da nossa população.

Compreendi que a demanda programada, que é o agendamento de consulta para acompanhamento dos usuários que se enquadram nos programas e prioridades estabelecidas, facilita ainda mais nosso trabalho e permite um melhor controle dos programas, permitindo identificar as principais dificuldades e traçar ações para melhorias.

Aprendi que a organização do trabalho estabelecendo as atribuições para cada um dos profissionais proporciona um melhor controle e desenvolvimento da ESF, assim como facilita a interação com a população e a comunidade.

E também que a realização de uma intervenção amplia nosso trabalho e a comunicação com a população estimulando a mudanças nos estilos de vida e aceitando suas doenças, aprendendo a viver com elas e prevendo complicações.

Referências

ALFRADIQUE, M.E et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP – Brasil). Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, 2009.

Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Diabetes e Hipertensão Arterial Hipertensão arterial sistêmica (HAS) e Diabetes mellitus (DM): protocolo / Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Diabetes e Hipertensão Arterial. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 96 p.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. 1. ed.; 1. reimp. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 290 p.

IBGE (10 out. 2002). Área territorial oficial Resolução da Presidência do IBGE de nº 5(R.PR5/02).<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=220040;msearch=piaui|altos> Asesado em 10/082015

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). Estimativa 2014. Incidência do Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2014.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, São Paulo, v. 95, n. 1, p. 1-51, 2010. Suplemento 1.

Anexos

Anexo A - Documento do comitê de ética

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE MEDICINA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

OF. 15/12
Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Pro^{fa} Ana Cláudia Gestal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

Vimos, por meio deste, informá-lo que o projeto supracitado foi analisado e **APROVADO** por esse Comitê, quanto às questões éticas e metodológicas, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Patricia Abrantes Duval
Patricia Abrantes Duval
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL

Anexo B- Planilha de coleta de dados

Indicadores Hipertensos e/ou Diabéticos - Mês 1

Número do paciente	Nome do paciente	Idade do paciente	Opaciente é hipertenso?	Opaciente é diabético?	Opaciente está como exame clínico em dia de acordo com o protocolo?	Opaciente está com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo?	Opaciente necessita tomar medicamento?	Todos os medicamentos estão da lista do Hiperda ou da Família? Prescrever?	Opaciente foi avaliado quanto à necessidade de atendimento odontológico?	Opaciente está lábio as consultas de acordo com o protocolo?	Forrealizada busca ativa para o paciente com consultas em atraso?	Opaciente está com registro adequado na lista de acompanhantes?	A estomatopatia de risco cardiovascular por exame clínico está em dia?	Opaciente recebeu orientação nutricional sobre alimentação saudável?	Opaciente recebeu orientação sobre prática de atividade física regular?	Opaciente recebeu orientação sobre os riscos do tabagismo?	Opaciente recebeu orientação sobre higiene bucal?
Orientações de preenchimento	Nome	Em anos	0-Não 1-Sim	0-Não 1-Sim	0-Não 1-Sim	0-Não 1-Sim	0-Não 1-Sim	0-Não 1-Sim	0-Não 1-Sim	0-Não 1-Sim	0-Não 1-Sim	0-Não 1-Sim	0-Não 1-Sim	0-Não 1-Sim	0-Não 1-Sim	0-Não 1-Sim	0-Não 1-Sim
1																	
2																	
3																	
4																	
5																	
6																	
7																	
8																	
9																	
10																	
11																	
12																	
13																	
14																	
15																	
16																	
17																	
18																	
19																	
20																	
21																	
22																	
23																	
24																	

Apresentação

Orientações

Dados da UBS

Mês 1

Mês 2

Mês 3

Mês 4

Indicadores

Anexo C-Ficha espelho

[illegible][illegible]

Anexo D -Termo de responsabilidade livre e esclarecida para uso de fotografias

Eu, Vanessa Rivero Kindelan, doutora do programa mais medico para o brasil, atuante no município Altos do Estado Piauí, ESF São Jose, e/ou membros da Equipe sob minha responsabilidade, vamos fotografar e/ou filmar você individualmente ou em atividades coletivas de responsabilidade da equipe de saúde. As fotos e/ou vídeos são para registrar nosso trabalho e poderão ser usadas agora ou no futuro em estudos, exposição de trabalhos, atividades educativas e divulgação em internet, jornais, revistas, rádio e outros. As fotos e vídeo ficarão a disposição dos usuários.

Assumo os seguintes compromissos com a pessoa que autorizar a utilização de sua imagem:

1. Não obter vantagem financeira com as fotos e vídeo;
2. Não divulgar imagem em que apareça em situação constrangedora;
3. Não prejudicar e/ou perseguir nenhuma das pessoas que não autorizar o uso das fotos;
4. Destruir as fotos e/ou vídeo no momento que a pessoa desejar não fazer mais parte do banco de dados;
5. Em caso de fotos e/ou vídeo constrangedor, mas fundamental em estudos, preservar a identidade das pessoas envolvidas;
6. Esclarecer toda e qualquer dúvida relacionada ao arquivo de fotos e/ou opiniões.

Vanessa Rivero Kindelan

Contato: Rua Epitácio Pessoa, centro Número 150.Altos. Piauí

Telefone: (86-995909211)

Endereço Eletrônico: vanessariverokindelan@gmail.com

Endereço físico da ESF: Rua Telesforo do Vale. Centro

Endereço de e-mail do orientador:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu Vanessa Rivero Kindelan Documento Trabalho de conclusão do curso declaro que fui devidamente esclarecido sobre o banco de dados (arquivo de fotos e/ou declarações) e autorizo o uso de imagem e/ou declarações minhas e/ou de pessoa sob minha responsabilidade, para fim de pesquisa e/ou divulgação que vise melhorar a qualidade de assistência de saúde à comunidade.

Assinatura do declarante

Imágenes



